



DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Die subjektiven Belastungen von Pflegepersonen
bei der Betreuung von Menschen im Wachkoma
in der stationären Langzeitbetreuung.

Verfasserin

Petra Sagmüller

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, 2011

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

IDS Pflegewissenschaft

Betreuerin / Betreuer:

Dr. Dipl.- Math. Julia Inthorn

Danksagung

Mein Dank gilt mehreren Personen. Hier ergreife ich die Möglichkeit einige davon speziell zu erwähnen.

Den Pflegedirektorinnen der zwei Betreuungseinrichtungen, mit speziellen Wachkomaabteilungen, die mir den Zugang zu den InterviewpartnerInnen ermöglichten. Auch den GesprächspartnerInnen gilt mein Dank, die sich die Zeit für mich nahmen und sehr wertvolle, interessante Informationen weitergaben.

Besonders danken möchte ich Julia Inthorn, die mich als Betreuerin durch meine Arbeit begleitet hat. Ihre unterstützenden und aufbauenden Worte haben mich immer wieder motiviert und somit zum weiterarbeiten animiert.

Danken möchte ich auch meiner Familie, besonders meinen Eltern und Opapa die mir das Studium ermöglicht haben. Auch meinen Freund Simon der mich durch die gesamte Studienzeit begleitet hat, der an mich geglaubt hat und mir immer wieder gute Ratschläge gab.

Zuletzt danke ich noch meiner Studienkollegin Tamara. Durch viele Gespräche haben wir uns immer wieder gegenseitig unterstützt und aufgebaut.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	6
1.1. Problemlage	6
1.2. Ziel der Arbeit	7
1.3. Fragestellung der Arbeit	8
1.4. Kapitelvorschau	8
2. Wachkoma	10
2.1. Begriffserklärung Wachkoma	10
2.2. Ursachen eines Wachkomas	12
2.3. Symptome eines Wachkomas	14
2.4. Rückbildung des Wachkomas	16
2.5. Betreuung von Menschen im Wachkoma	19
2.5.1. Rehabilitationsphase F	22
3. Anforderungen an die Pflege	24
3.1. Fachlichkeit	29
3.2. Wahrnehmung und Kommunikation	30
3.3. Angehörigenarbeit	32
4. Belastung	34
4.1. Definition von Belastung, Beanspruchung, Stress	35
4.2. Stressformen	36
4.2.1. Alltagsstress	36
4.2.2. Längerdauernder Stress	37
4.2.3. Dauerstress	37
4.3. Belastbarkeit und Auslöser von Belastung	38
4.4. Folgen von Belastungen	39
5. Ethische Auseinandersetzung zum Thema Wachkoma	41
5.1. Ethische Grundlagen	42
5.1.1. Pflegeethik	43
5.1.2. Bio- versus beziehungsmedizinischer Zugang	44
5.2. Sterbehilfe	45
5.3. Patientenverfügung	47
6. Zusammenfassung	48

<i>7. Beschreibung der Methode</i>	50
7.1. Forschungsansatz	50
7.1.1. Gütekriterien in der qualitativen Forschung	51
7.2. Methode der Datenerhebung	53
7.2.1. Problemzentriertes Interview	54
7.3. Methode der Datenaufbereitung	54
7.4. Methode der Datenauswertung	55
7.5. Ethische Überlegungen	56
7.6. Beschreibung des Feldzugangs und der InterviewpartnerInnen ..	58
<i>8. Darstellung der Ergebnisse</i>	60
8.1. Subjektives Erleben der Belastungen	61
8.1.1. Kommunikation	62
8.1.1.1. Ungewissheit	63
8.1.1.2. Verantwortung und Macht	64
8.1.2. Körperliche Belastung	66
8.1.2.1. Zwei Seiten der Konzepte	67
8.1.3. Belastung durch die Angehörigen	69
8.1.4. Teamzusammenhalt	72
8.1.5. Schlechter werdender Allgemeinzustand	73
8.1.5.1. Das Gefühl einer Überforderung	74
8.1.6. Befürchtungen	75
8.1.6.1. Alltagstrott	76
8.1.6.2. Das eigene Schicksal	77
8.1.6.3. Falsche Interpretation	77
8.1.7. Ohnmacht und Hilflosigkeit	78
8.1.7.1. Gefühl alleine zu helfen	79
8.1.7.2. An die eigenen Grenzen stoßen	80
8.1.7.3. Leute leiden sehen	80
8.1.8. Zeitdruck	81
8.1.9. Pflege vs. Medizin	83
8.2. Umgang mit den Belastungen	84
8.2.1. Berufserfahrung	84
8.2.2. Privater Ausgleich	86
8.2.3. Eigene Gedanken	87

8.2.4. Informationen über den/die BewohnerIn	88
8.2.5. Rituale finden	89
8.2.6. Genauigkeit	89
8.2.7. Abwechslung der PatientenInnen.....	90
8.2.8. Verdrängung	91
8.3. Ergebnisse der Kurzfragebögen.....	92
<i>9. Diskussion</i>	<i>95</i>
<i>10. Schlussfolgerung</i>	<i>102</i>
<i>11. Literaturverzeichnis.....</i>	<i>104</i>
<i>12. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis.....</i>	<i>111</i>
<i>13. Anhang</i>	<i>112</i>

1. Einleitung

Menschen im Wachkoma zählen zu den aufwendigsten PatientenInnengruppen innerhalb einer pflegerischen Einrichtung. Ihre Betreuung verlangt viel Zeit, Geduld und Einfühlungsvermögen. Die BewohnerInnen stehen im Mittelpunkt eines therapeutischen Teams, das sich hauptsächlich aus Pflegepersonen, ärztlichem Personal, den verschiedensten TherapeutenInnen aus Physio- oder Ergotherapie und den Angehörigen zusammensetzt (vgl. Kölbl-Catic 2007, S. 8). Den meisten Kontakt mit dem PatientenInnen haben die Pflegepersonen. Dazu zählen das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal sowie die PflegehelferInnen.

Auf diese beiden Berufsgruppen wird in der vorliegenden Arbeit eingegangen. Es soll aufgezeigt werden, wie es ihnen bei der Pflege von WachkomapatientenInnen ergeht, mit welchen Besonderheiten sie konfrontiert werden und wie sie mit diesen umgehen. Im speziellen wird dabei auf Pflegepersonen in der stationären Langzeitversorgung von Menschen im Wachkoma geachtet.

1.1. Problemlage

Die Anzahl der Personen, die nach einer Reanimation, einem Hypoxischen Schock oder aufgrund eines Schädel Hirn Traumas in ein Wachkoma fallen, hat in den letzten Jahren tendenziell zugenommen (vgl. Fisch 2009, S. 40). Ein Hauptgrund dafür ist die bessere medizinische Versorgung, die ein Überleben nach einer schweren Hirnverletzung ermöglicht (vgl. Zieger 2007a, S. 111).

Der Bedarf an Betten für WachkomapatientInnen in der Langzeitversorgung nimmt daher ständig zu. Laut Auskunft der Österreichischen Wachkomagesellschaft (2006) liegt die Inzidenz der Erkrankung bei 0,7 bis 1,1/100.000 Einwohnern und die Prävalenz bei 2-10/100.000 Einwohnern¹. Immer mehr Institutionen errichten deshalb eigene Abteilungen um

¹ Laut Rücksprache mit Prim. Dr. Johann Donis, Vorsitzender der Österreichischen Wachkomagesellschaft, gibt es derzeit keine aktuelleren Daten.

eine optimale Betreuung für diese PatientenInnengruppe zu gewährleisten.

Diese jährlich wachsende Zahl an WachkomapatientInnen führt zu neuen Anforderungen an die Pflege (vgl. Tolle 2000, S. 367). Das Betreuungspersonal ist mit einer PatientenInnengruppe konfrontiert die sich von anderen in vielerlei Hinsicht unterscheidet. Sie benötigen eine ständige medizinische sowie pflegerische Betreuung. Bei vielen werden die Vitalzeichen mittels Monitor überwacht. Außerdem haben beinahe alle im Wachkoma lebenden Personen eine Trachealkanüle und werden künstlich über eine Sonde ernährt (vgl. Chiambretto et al 2001, S. 364). Spezielle Anforderungen oder einfach die Besonderheit bei der Pflege von Menschen im Wachkoma können zu Belastungen führen. Die Pflegekräfte werden körperlich wie auch emotional stark gefordert.

Eine enge Zusammenarbeit mit den PatientInnen, sowie deren Angehörigen oder Vertrauenspersonen ist bei der Pflege von WachkomapatientInnen besonders wichtig. Durch ein professionelles Wissen und Flexibilität bei der Arbeit kann erst von einer guten pflegerischen Qualität gesprochen werden. Dadurch kommt es zu einer höheren Lebensqualität der Menschen im Wachkoma (vgl. Kölbl-Catic 2007, S. 6f; Bienstein 2007, S. 24f).

1.2. Ziel der Arbeit

Das Hauptaugenmerk der Arbeit liegt bei den empfundenen Belastungen die das Pflegepersonal in der stationären Langzeitbetreuung von Menschen im Wachkoma verspürt. Die speziellen Anforderungen, die WachkomapatientInnen an die Betreuungskräfte stellen, führen zu einer starken körperlichen sowie emotionalen Beanspruchung.

Ziel ist es ein besseres Verständnis für die Situation der Pflegekräfte zu bekommen. Dies könnte deren Zufriedenheit und somit ein besseres Arbeitsklima gewährleisten. Außerdem steigert sich dadurch die Qualität der Pflege, die sich wiederum in der Lebensqualität der PatientInnen spiegelt.

Die Arbeit soll zeigen, mit welchen Arbeitsbelastungen die Pflegekräfte in der speziellen Situation, der Arbeit mit Menschen im Wachkoma, konfrontiert sind. Dabei sollen auch Bewältigungsstrategien, die zur Entlastung führen, aufgezeigt werden.

Mit dem erlangten Wissen können Belastungsfaktoren reduziert werden. Die in der Literatur bereits gefundenen Belastungen sollen durch einen empirischen Teil bestätigt und vervollständigt werden.

Diese Diplomarbeit soll auch dazu beitragen, um in weiterführenden Studien einheitliche Konzepte zur Entlastung des Pflegepersonals entwickeln zu können.

1.3. Fragestellung der Arbeit

Durch die Erarbeitung der Problemlage und die gesteckten Ziele der vorliegenden Diplomarbeit ergeben sich folgende Fragestellungen:

- Was erleben Pflegepersonen bei der Betreuung von Menschen im Wachkoma, in der stationären Langzeitversorgung, als Belastung?
- Wie wird diese Belastung subjektiv erlebt? Wie beeinflusst die Belastung die pflegerischen Handlungen?
- Wie wird mit der Belastung umgegangen?
- Welche Probleme und Schwierigkeiten entstehen durch die Belastungen?
- Wie stark ist die Belastung?
- Was wird am Belastendsten empfunden?

1.4. Kapitelvorschau

Die Arbeit beginnt mit einem theoretischen Teil. Zuerst wird allgemein die Krankheit Wachkoma beschrieben. Die Definition, Ursache und ihre Symptome sind Abschnitte dazu. Anschließend werden die speziellen Anforderungen an das Pflegepersonal definiert, um dadurch einen guten Über-

gang zu den möglichen Belastungen herzustellen. Den Abschluss dieses ersten Teiles bilden ethische Überlegungen zum Thema Wachkoma.

Der empirische Teil beginnt mit der Vorstellung der Forschungsmethode. Danach wird genau auf die Datengewinnung und die darauffolgende Datenauswertung eingegangen. Den Abschluss bildet die Vorstellung der Ergebnisse mit einer anschließenden Diskussion und Schlussfolgerung.

Theoretischer Teil

2. Wachkoma

In diesem Kapitel wird der Begriff Wachkoma behandelt. Durch die Beschreibung der Ursachen, Symptome sowie der Remissionsstadien und der Betreuung von Menschen im Wachkoma soll deutlich werden, welche Anforderungen sich durch diese Krankheit für Pflegepersonen ergeben können. Es soll ein besserer Eindruck entstehen, um welche Art von PatientInnen es sich handelt. Die Besonderheiten der Pflege eines/einer WachkomapatientenIn werden daher beschrieben. Den Abschluss dieses Kapitels bildet die Beschreibung der Betreuungsphase F, der sogenannten Langzeitversorgung.

2.1. Begriffserklärung Wachkoma

Erwähnt wurde das Krankheitsbild erstmals 1899 von Rosenblath, der eine schwere Hirnverletzung nach einem Sturz bei einem 15-jährigen Seiltänzer beschreibt. Er spricht von einem "bemerkenswerten Fall einer Hirnerschütterung" (vgl. Gerstenbrand 1967, S. 2; Horn 2008, S. 19ff).

Für das Wort *Wachkoma* gibt es verschiedene, in der Literatur verwendete Synonyme. Im deutschsprachigen Raum wird häufig auch *apallisches Syndrom* verwendet. Das Wort wurde vom Neurologen E. Kretschmer 1940 eingeführt.

Er beschrieb den komatösen Zustand als eine Blockierung oder einen Ausfall der Großhirnfunktion, die im Großhirnmantel liegt. In seiner Arbeit über Wachkoma „Das apallische Syndrom“ hielt er bereits fest, dass die aufgetretene Störung reversibel sein kann. (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 4).

Das Wort wird folgendermaßen abgeleitet:

Pallium = lat. (Hirn-) Mantel; den Hirnstamm umhüllender Teil der Hemisphären (Pschyrembel 2002, S. 1135)

apallisch = ohne Hirnmantel

1967 befasste sich der österreichische Neurologe F. Gerstenbrand in seinem Buch „Das traumatische apallische Syndrom“ erneut mit dem Krankheitsbild. Er unterscheidet darin zwischen einem irreversiblen und einem reversiblen apallischen Syndrom. Das irreversible Syndrom entsteht durch eine fortschreitende Hirnerkrankung wie zum Beispiel Alzheimer. Es kann sich nicht mehr zurückbilden. Hingegen dazu kann sich das reversible Syndrom, das durch eine akute Hirnschädigung auftritt, wieder völlig regenerieren. (Gerstenbrand 1967, zit. nach Thümler 1994, S. 94f).

Aus dem angloamerikanischen Raum kommt die Bezeichnung *vegetativ state*, welche von B. Jennett und F. Plum eingeführt wurde. Sie unterscheiden dabei *persistent vegetative state* und *permanent vegetative state*. Persistent wird verwendet, wenn keine klinische Besserung innerhalb eines Monats eintritt und permanent bei ausbleibender Besserung nach einem Jahr (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 5).

In der Literatur findet sich noch das Synonym *Coma vigile*. Dieser Begriff kommt aus dem französischen und bedeutet so viel wie „waches Koma“ (vgl. Thümler 1994, S. 95).

Eine sehr gute Vorstellung davon was man sich unter der Diagnose Wachkoma vorstellen kann, liefert die nachstehende Definition.

Nacimienta (2007) beschreibt das apallische Syndrom als *„eine Bewusstseinsstörung, bei der die willkürliche Reaktionsfähigkeit auf äußere Reize aufgehoben und eine bewusste Wahrnehmungsfähigkeit der eigenen Person und der Umwelt nicht möglich ist. Die Wachheit der betroffenen Patienten ist jedoch erhalten...“* (Nacimienta 2007, S.29).

Zusammenfassend spricht man beim apallischen Syndrom von einer Hirnschädigung die Einfluss auf das Bewusstsein und die Wahrnehmung hat.

Die PatientenInnen zeigen einen Schlaf-Wach-Rhythmus auf. Der Zustand kann bis zum Tode so bleiben, sich wieder bessern oder die Symptome bilden sich wieder völlig zurück.

In der Arbeit wird der Begriff Wachkoma bevorzugt. Er wird in Österreich sehr häufig genannt wie zum Beispiel bei der Wachkomagesellschaft oder bei Wachkomastationen. Zwei wichtige Symptome der Krankheit sind bereits im Wort enthalten: Wach und Koma.

2.2. Ursachen eines Wachkomas

Die Zahl der Personen, bei denen die Medizin ein apallisches Syndrom diagnostiziert, hat in den letzten Jahren zugenommen (vgl. Fisch 2009, S. 40).

Wachkoma kann jeden Menschen treffen. Man kann von einer "stillen Epidemie" sprechen (vgl. Zieger 2001, S. 1).

Durch die bessere medizinische Versorgung in der Akut- sowie in der weiteren Intensivbehandlung, steigt die Überlebenschance bei Personen mit schweren Schädelhirnverletzungen (vgl. Zieger 2007a, S. 111).

Die Entwicklung eines apallischen Syndroms beginnt mit einer schweren Hirnschädigung, die zu einem Koma führt. Erholt sich der/die PatientIn innerhalb von 2-4 Wochen nicht aus der Bewusstlosigkeit, wird nicht wacher und signalisiert kein Interesse an der Umwelt, entsteht schließlich das Wachkoma (vgl. Steinbach/Donis 2004, S.16; Zieger 2007b, S. 4).

Grundsätzlich kann man zwischen zwei Ursachen unterscheiden:

traumatische oder nicht traumatische Ursachen

Als *traumatisch* bedingte Ursache ist das Schädel-Hirntrauma zu erwähnen. Durch eine direkte Schädigung der Großhirnrinde oder die Zerstörung der Verbindungsbahnen zwischen Hirnrinde und Hirnstamm kann ein Wachkoma verursacht werden. Durch eine Hirnschwellung (Gehirnödem) kommt es zusätzlich zu einer Druckschädigung. Verantwortlich für sekun-

däre Schädigungen können abgeklemmte arterielle und venöse Gefäße sein.

Nicht traumatisch bedingte Ursachen führen alle zu einer langfristigen Sauerstoffunterversorgung oder Mangeldurchblutung des Gehirns, insbesondere der Großhirnrinde. Häufige Gründe dafür sind ein Herz-Kreislaufstillstand oder eine schwere Lungenerkrankungen, wie Asthma oder eine massive Lungenembolie, die zu Sauerstoffmangel führen. Gerade bei Kindern kommt es oft durch Beinahe-Ertrinken oder Strangulation zu einer Hirnschädigung durch eine zu lange Sauerstoffunterversorgung des Gehirns. Nicht traumatische Ursachen können auch ischämische Schlaganfälle, Insulte, Hirnblutungen, Subarachnoidalblutungen, Meningitiden, Enzephalitiden, Hirnabszesse oder Hirntumore sein.

Nicht traumatisch bedingte Ursachen kommen häufiger vor als traumatische. Das Verhältnis liegt bei 80:20. Gründe dafür sind die verschärften Sicherheitsvorschriften im Straßenverkehr, aber auch die bessere medizinische Versorgung beispielsweise nach einem Herz-Kreislaufstillstand mit Reanimation. Menschen die früher als Folge ihrer Verletzung verstorben sind, können heute oft überleben (vgl. Zieger 2007a, S. 111; vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 9f; vgl. Fisch 2009, S. 41).

Eine weitere Ursache für ein apallisches Syndrom kann eine primär degenerative Erkrankung des Zentralnervensystems im Endstadium sein. Die Erkrankungen wie Morbus Alzheimer, Creutzfeld -Jakob oder Morbus Huntington führen immer zum Tod und es können keine Verbesserungen des Allgemeinzustandes mehr erreicht werden (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 10). Angeborene oder erworbene Stoffwechselerkrankungen können das Hirn derart beschädigen, dass ein Wachkoma entstehen kann. Es kommen auch Fehlbildungen des Gehirns, die von Geburt an bestehen, als Ursache in Frage. (vgl. Nacimiento 2007, S. 38).

2.3. Symptome eines Wachkomas

Die PatientInnen liegen mit geöffneten Augen da und weisen einen gestörten Schlaf-Wach Rhythmus auf. Sie können keinen Blickkontakt herstellen und Objekte nicht fixieren. Ein sogenannter primitiver Orientierungsreflex kann eine Kopf- oder Augenwendung auslösen. Aus eigener Kraft sind sie zu keinerlei Kontaktaufnahme mit der Umwelt fähig. Manchmal erfolgen jedoch vegetative und emotionale Reaktionen. Die Berührung der Finger kann einen Greifreflex auslösen. Aufgrund der unwillkürlichen Motorik kann es zu ungezielten Rumpf- oder Extremitätenbewegungen kommen. Je nach Stadium besteht eine stabile Atmung oder eine leichte Beweglichkeit, die auf eine Muskeltonuserhöhung (Spastik) zurückzuführen ist. Sichtbar wird dies durch ein spontanes Muskelzucken. Mimische Erregungen wie Lächeln, Weinen oder Grimassen können manchmal zu beobachten sein. Akustische, unwillkürlich erzeugte Laute wie beispielsweise Schmatzen und Grunzen oder ein Zähneknirschen können von BeobachterInnen gehört werden. Auch eine Harn- und Stuhlinkontinenz besteht bei Menschen im Wachkoma. Diese Symptome sind auch wesentliche Unterschiede zum vorher stattgefundenen Koma (vgl. Steinbach/Donis 2004, S.7f; vgl. Kölbl-Catic 2007, S. 6; vgl. Nacimiento 2007, S. 30f).

Zieger (2007) schreibt in seinem Buchbeitrag folgende charakteristische Symptome die beim sogenannten Vollbild des Wachkomas auftreten (Multi Society Task Force on PVS 1994):

- Menschen im Wachkoma atmen spontan und ihre Herz-Kreislauftätigkeit ist ohne apparative Unterstützung erhalten. Ihre vegetativen Funktionen sind dysreguliert. Häufig haben sie einen erhöhten Blutdruck, eine erhöhte Herz-, sowie Atemfrequenz, Schweißausbrüche und einen vermehrten Speichelfluss.
- Ein Schlaf-Wach-Rhythmus ist bei den Betroffenen zu beobachten.
- Während der Wachphasen sind die Augen geöffnet, der Blick geht jedoch ins Leere und kann nichts fixieren.

- Wachkomapatienten/innen zeigen keine von außen sichtbaren, sinnvollen Reaktionen auf Berührung oder Ansprache
- Zielgerichtete Bewegungen oder beabsichtigte Kontaktaufnahmen sind auch nicht von außen zu erkennen. Schmatz- und Kaubewegungen sind jedoch erhalten. Häufig auch der Schluckreflex. Der Muskeltonus ist oft spastisch erhöht.

(vgl. Zieger 2007b, S. 4f)

Gerstenbrand (1967) beschreibt sieben Phasen, die als Kriterien für die Remission aus dem Wachkoma gelten. In Tabelle 1 werden diese angezeigt.

Tabelle 1: Phasen und Kriterien für Remission

Stadium I	Koma
Stadium II	Vollbild des Wachkomas
Stadium III	Primitiv-psychomotorische Phase mit Fixieren, später auch Blickfolge und Kopfdrehungen
Stadium IV	Phase des Nachgreifens mit Grimassieren, emotionale Reaktionen, oraler Objektgebrauch, unwillkürliche motorische Reaktionen
Stadium V	Klüver-Bucy-Phase mit Hyperoralität, Hyperphagie, Hypersexualität, impulsives, ungezügelter und "aggressives" Verhalten, ungezielter Objektgebrauch
Stadium VI	Korsakow-Phase im Rahmen eines schweren Psychosyndrom mit Antriebs-, Affekt-, Orientierungs- und Gedächtnisstörungen
Stadium VII	Integrationsstadium

(Gerstenbrand 1967, zit. nach Zieger 2007b, S. 7)

2.4. Rückbildung des Wachkomas

Bei der Rückbildung spricht man von einer Remission. Gerstenbrand beschreibt 8 Remissionsstadien die bei einem traumatisch verursachten Wachkoma ablaufen. Beim nicht traumatisch verursachten Wachkoma ist die Reihenfolge oft nicht ganz so deutlich. Die Stadien können sich vermischen oder nur teilweise stattfinden (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 20).

Wie lange ein Stadium dauert ist unterschiedlich und oft für das Pflegepersonal schwer messbar (vgl. Zieger 2007b, S. 6).

Beim traumatischen apallischen Syndrom kann der Wechsel sprunghaft und innerhalb weniger Tage geschehen. Möglich ist auch, dass ein/eine PatientIn Monate oder sogar Jahre in einem Remissionsstadium bleibt (vgl. Gerstenbrand 1967, S. 22). Fisch (2009) schreibt, dass das Alter der Personen und die Ursache der Hirnschädigung bei der Rückbildung eine Rolle spielen. Jüngere Menschen, die ein Schädel-Hirn -Trauma erleiden haben deutlich bessere Rehabilitationschancen als ältere multimorbide Personen nach einer Reanimation (vgl. Fisch 2009, S. 41).

Gerstenbrand (1967) schreibt auch über die Möglichkeit, dass das traumatisch apallische Syndrom als zeitlich begrenztes Durchgangssyndrom auftreten kann und ohne Restsymptome wieder völlig abklingt (vgl. Gerstenbrand 1967, S. 22).

Zwei Dimensionen werden bei der Rückbildung unterschieden:

Die Rückbildung der Bewusstseinsstörung - dabei nimmt der/die PatientIn immer mehr die Umwelt wahr und reagiert auf visuelle, akustische oder taktile Reize.

Die Rückbildung der Funktionsausfälle - die motorischen Störungen, Sprach- oder Sprechstörungen nehmen dabei ab.

Die Rückbildung kann in beiden Dimensionen sehr unterschiedlich stattfinden (vgl. Steinbach/Donis 2004 S. 20).

Die *Remissionsstadien nach Gerstenbrand* (klassische Verlauf für das traumatisch verursachte Wachkoma), werden im Folgenden aufgezeigt. Es

handelt sich dabei um eine Zusammenfassung von Steinbach/Donis (2004, S. 21f).

"Remissionsstadium 1. *Der Beginn einer Rückbildung aus dem Vollstadium kündigt sich durch einen zunehmenden tageszeitlich gesteuerten Schlaf-WachRhythmus an. Der Patient beginnt inkonstant optisch zu fixieren und zeigt zunehmende Greif-, Saug- und Kaureflexe; motorisch beobachtet man Tret- und Kletterbewegungen. Emotionale Reaktionen sind nicht zu erkennen.*

Remissionsstadium 2. *Erstmals werden im Stadium 2 optische Folgebewegungen möglich. Die oben genannten primitiven Reflexe klingen langsam ab. Ebenso die Beuge- und Streckhaltung an den Extremitäten. Ungerichtete Massenbewegungen auf Schmerzreize stehen im Vordergrund, wobei die enthemmten vegetativen Funktionen sich zunehmend stabilisieren. Der Patient beginnt nachzugreifen. Es setzt wieder Bewusstseinstätigkeit ein. Oft wirken die Patienten ängstlich. Spätestens ab diesem frühen Stadium 2 kann Bewusstseinstätigkeit als sicher angenommen werden.*

Remissionsstadium 3. *Die Stadien 3 und 4 werden auch mit dem Eigennamen Klüver-Bucy verbunden und sind auffallend dadurch gekennzeichnet, dass Gegenstände ergriffen und zum Mund geführt werden. Im Remissionsstadium 3, auch als frühes Klüver-Bucy- Stadium bezeichnet, zeigt sich erstmals diese Tendenz, wobei zunehmend auch gerichtete Reaktionen auf äußere Reize festzustellen sind. Der Muskeltonus lässt langsam nach. Der Patient beginnt sich zuzuwenden, ohne aber verbale oder gestikulative Aufträge auch tatsächlich auszuführen.*

Remissionsstadium 4. *Stadium 4 wird auch als Vollbild des Klüver-Bucy-Syndroms bezeichnet. Neben dem aus Stadium 3 bekannten Verhalten werden die Bewegungen nun zunehmend gerichtet. Ein Erkennen der ergriffenen Gegenstände ist aber noch nicht zu bemerken. Personen werden zunehmend erkannt und auch unterschieden, was nicht selten zu stark unterschiedlichem Affektverhalten führt. Eine Tatsache, die den Behandlungsverlauf oft sehr nachhaltig beeinflusst. Angenehme Reize wirken meist beruhigend, negative Einflüsse aber können zu heftigen Abwehrre-*

aktionen führen. Insgesamt nehmen das Sprachverständnis und auch das Situationsverständnis zu und es kommt zu Lautäußerungen wie Brummen, aber auch Schreien und lautem Stöhnen. Typisch für dieses Stadium ist auch das vermehrte Interesse an den eigenen Genitalien und oft stark wechselnde Emotionalität.

Remissionsstadium 5. In dem auch als Übergangsstadium bezeichneten Stadium 5 steht die zunehmende Kontaktaufnahme mit der Umgebung im Vordergrund. Die motorischen Automatismen der Phase 4 klingen ab und die Extremitätenmotorik wird zunehmend gerichtet. Einfache Handlungen werden auf Aufforderung durchgeführt und einmal beherrschte Fähigkeiten treten wieder zutage, soweit nicht zusätzliche lokale Schäden, wie oben erwähnt, dies verhindern. Einfache Sprachäußerungen werden verständlicher und die emotionalen Reaktionen entsprechen dem auslösenden Ereignis und sind damit nachvollziehbarer. Motorisch ist die ursprüngliche Beuge-Streckhaltung der Extremitäten weitgehend verschwunden, sofern nicht Kontrakturen den Patienten daran hindern.

Remissionsstadium 6. Im Stadium 6 stehen ausgeprägte kognitive Störungen im Sinne eines Korsakow-Syndroms im Vordergrund. Es ist durch eine massive Einschränkung der Gedächtnisleistungen gekennzeichnet. Der Patient beginnt sich seiner Situation bewusst zu werden. Häufig kommt es zu depressiven, gelegentlich aber auch zu euphorischen Stimmungsschwankungen. Zunehmend treten Eigeninitiative und sprachliche Zuwendung zutage. Wünsche werden formuliert.

Remissionsstadium 7. Amnestisches ratloses Verhalten bestimmt das klinische Bild im Stadium 7. Daneben stehen die durch das auslösende Ereignis bedingten lokalen Defekte wie Paresen, Koordinationsstörungen und Sprach- wie Sprechstörungen im Vordergrund. Die Stimmungslage ist meist dysphorisch gereizt. Oft ist der Patient motorisch überaktiv, was die betreuenden Personen oft mehr fordert als frühere Remissionsstadien.

Remissionsstadium 8. Im Stadium 8 steht das organische Psychosyndrom im Vordergrund, gekennzeichnet durch bleibende Störungen der höheren Hirnleistungen wie Merkfähigkeit, Konzentrationsfähigkeit und einer Reihe von Verhaltensauffälligkeiten. Wie bereits im Stadium 7 stehen hier die lokalen läsionsbedingten Störungen im Vordergrund und leider auch

häufig die tertiären Schäden am Nervensystem wie Kontrakturen, periartikuläre Ossifikationen, Polyneuropathien oder Druckläsionen peripherer Nerven." (Steinbach/Donis 2004, S. 21f).

Kommt der Remissionsverlauf zum Stillstand, dann geschieht dies meist in den Stadien 2 und 4. Daher sind in den Einrichtungen der Langzeitbetreuung hauptsächlich PatientenInnen in diesen Stadien vorzufinden (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 22).

2.5. Betreuung von Menschen im Wachkoma

Der Bedarf an Betten für WachkomapatientenInnen, in der Langzeitversorgung nimmt, wie bereits erwähnt, ständig zu. Immer mehr Institutionen errichten eigene Abteilungen um eine optimale Betreuung für diese Patientengruppe zu ermöglichen. Steinbach und Donis (2004) schreiben explizit über die Notwendigkeit spezieller Einheiten (Wachkoma Stationen), um eine aktivierende Behandlung zu ermöglichen. Die Betreuung muss den Bedürfnissen und Fähigkeiten des/der PatientenIn angepasst werden (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 24).

Ebenso schreibt bereits Gerstenbrand (1967) über die Wichtigkeit einer intensiven Rehabilitationstherapie, während eines längeren Zeitraumes, da sogar bei schwersten Hirnschädigungen die Möglichkeit einer Rückbildung besteht. (vgl. Gerstenbrand 1967, S. 8).

Eine Betreuung in Alten- oder Pflegeheimen ist sowohl für die PatientInnen als auch für die Pflegekräfte keine geeignete Lösung. Es fehlt an den notwendigen Ressourcen der Einrichtungen. Außerdem kann oft aufgrund von Zeitmangel nicht die Pflege, welche ein Mensch im Wachkoma benötigt, geleistet werden.

Sie bedürfen einer intensiven akutmedizinischen Behandlung und Pflege. Eine ehestmögliche Frührehabilitation ist von Beginn an erforderlich. Im Anschluss an die Erstbehandlung folgt eine qualifizierte Langzeitversorgung. Diese kann zuhause oder in einer dafür zuständigen stationären Einrichtung stattfinden (vgl. Zieger 2001, S. 1).

In der Tabelle 2 wird das Phasenmodell für neurologische Krankheiten detailliert beschrieben. Es handelt sich dabei um eine stufenweise Behandlungs- und Versorgungskette nach schweren Hirnverletzungen. Die Betreuung beginnt in der akuten Phase, meist auf einer Intensivstation, wo das Überleben des/der PatientenIn im Vordergrund steht. In den weiteren Rehabilitationsphasen wird der Gesundheitszustand verbessert und schrittweise wieder aufgebaut. Bleiben schwere Schädigungen und Behinderungen vorhanden, kommt es zur Phase F, in der innerhalb spezieller Einrichtungen, Abteilungen oder Zuhause eine Langzeitversorgung weitergeführt wird.

Tabelle 2: Phasenmodell neurologischer Krankheitsprozesse

P h a s e	Behandlungs- art	Charakteristik	Hauptpflege- ziele
P h a s e A	Akutphase; diagnostische- und therapeutische Maßnahmen; meist intensivmedizinisch	Akute neurologische Erkrankungen bzw. akute Verschlechterung einer chronischen Erkrankung; schwere Begleiterkrankungen, Schädel-Hirn-Verletzungen; komatöse Menschen	Überleben der Verletzung; vitale Stabilisierung
P h a s e B	Postakutbehandlung und/oder Frührehabilitation	Bewusstseinsstörung, geringe bis keine Kooperationsbereitschaft, in den Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL ²) unselbständig, meist beat-	"Ins bewusste Leben zurückholen" durch aktivierende Einzelförderung und Gezielte therapeutische Stimulation zur

² ATL = Aktivitäten des täglichen Lebens. Es handelt sich dabei um ein Pflegemodell, dass von der amerikanischen Krankenschwester Liliane Juchli stammt. Der Mensch wird dabei ganzheitlich gesehen und die Pflege orientiert sich nach den 12 Grundbedürfnissen der zu Pflegenden. Die 12 ATL's lauten: Ruhen und schlafen, Sich bewegen, Sich waschen und kleiden, Essen und trinken, Ausscheiden, Regulieren der Körpertemperatur, Atmen, für Sicherheit sorgen, Raum und Zeit gestalten - sich beschäftigen, Kommunizieren, Sinn finden, Sich als Mann oder Frau fühlen und verhalten (vgl. Budnik/Lay 2005, S. 13).

		mungspflichtig, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist jederzeit möglich	Anregung basaler Wahrnehmung und Kommunikation
P h a s e C	Weiterführende Rehabilitation	Klarer im Bewusstsein, teilweise orientiert, nur mehr teilweise unselbstständig in ATL's, geringe Aspirationsgefahr, keine Selbst- und Fremdgefährdung	Selbständigkeit im Alltag wiedererlangen durch Erlernen und Trainieren der ATL's mit Hilfestellungen
P h a s e D	Neurologische Rehabilitation	Weitgehend bis völlig selbstständig in ATL's, geistig sowie körperlich fähig aktiv an Therapieprogramm teilzunehmen, kooperativ, Personen können mehrere Stunden ohne professionelle Hilfe verbringen	Besserung oder Wiederherstellung der Erwerbstätigkeit, Minderung krankheitsbedingter Behinderungen sowie psychosoziale Wiedereingliederung durch umfassende rehabilitative Hilfen
P h a s e E	Ambulante Nachsorge	Fähigkeit um Alltag und Freizeit, auch mehrere Tage, alleine zu planen, zu organisieren und zu verbringen, wiedererlangt, benötigen lediglich spezielle neurorehabilitative Maßnahmen	Ausbau, Stabilisierung bzw. Erhaltung erreichter Therapieerfolge; berufliche Wiedereingliederung und Erwerb umfassender sozialer Kompetenzen
P h a s e F	Langzeitversorgung	Weiterhin Bewusstseinsstörungen, intellektuell-kognitive Einschränkungen, Einschränkungen der Sprachfähigkeit, meist sehr komplexe Ausfallmuster im Bereich der Sensorik und der Motorik, stark	Vermeidung von sekundär Krankheiten oder Komplikationen, Erfassung von Rückbildungs- oder Verschlechterungstendenzen und Remissionszei-

		eingeschränkt in ATL's	chen; Verbes- serung der Teilhabe am sozialen Leben
--	--	---------------------------	--

(vgl. Zieger 2007b, S.11; vgl. ÖGNER)

2.5.1. Rehabilitationsphase F

Im Folgenden wird die Rehabilitationsphase F genauer beschrieben, da es sich dabei um die Langzeitversorgung handelt, welche einen Hauptteil der Thematik dieser Arbeit darstellt.

Ein Teil der Menschen mit schweren Hirnschädigungen sowie Schädigungen des Nervensystems leben, trotz guter Behandlung in der Akut- und Frührehabilitation, mit erheblichen Beeinträchtigungen weiter. Ihre klinischen Merkmale, die medizinischen und pflegerischen Bedürfnisse unterscheiden sich nicht von PatientInnen in der Phase B. Sie bleiben jedoch dauerhaft von anderen Personen abhängig und benötigen eine intensive Betreuung (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 29; BAR 2003).

Die Menschen in der Phase F zeigen die Charakteristika der bereits beschriebenen Symptomatik des apallischen Syndroms oder bereits die einer Remissionsstufe auf. Zusätzlich besteht eine große Gefahr von Folgeerkrankungen und Folgeschäden.

Zieger (2001) spricht von schwerstpflegebedürftigen Menschen in der Phase F: *"Ihr Leben ist bedroht durch eine Pflege im Minutentakt, durch unzureichend ausgebildetes oder überfordertes Pflegepersonal auf Frührehabilitationen und in Pflegeheimen sowie bei unsachgemäßer Pflege und Therapie durch Wundliegen (Dekubitus), Lungenentzündung (Pneumonie), Gelenkfehlstellung und -versteifung (Kontraktur), Muskelverkrampfung (Spastik), Erstickungsgefahr (Aspiration) und aufsteigende Harnwegsinfektionen (Urindauerkatheter, Blasenfistel, SPK)"* (Zieger 2001, S. 5).

Bei den von Zieger erwähnten Sekundärerkrankungen und -komplikationen handelt es sich im wesentlichen um Pflegefehler die generell zu verhindern sind. Dies zeigt den Bedarf an einer qualifiziert, hochwertigen Ausbildung der Pflegepersonen. Wie oder warum es zu einer Überforderung kommen kann, wird in den nächsten Kapiteln noch verdeutlicht.

WachkomapatientInnen in der Langzeitbetreuung haben fast ausschließlich Hilfsmittel wie eine Trachealkanüle, eine PEG-Sonde und einen suprapubischen perkutanen Blasenkatheter. Es handelt sich dabei um Fremdkörper die bei unfachgemäßer Pflege leicht zu Infektionen oder anderen Komplikationen führen können. Menschen im Wachkoma sind meist in einem schlechten Allgemeinzustand. Sie sind durch ihre motorischen Beeinträchtigungen sowie durch ein geschwächtes Immunsystem für eine Reihe von Sekundärerkrankungen stark anfällig(vgl. Zieger 2007b, S. 12). In der Langzeitbetreuung sind die Wiederherstellung, Erhaltung und Verbesserung der Fähigkeiten in den Bereichen des Verhaltens, der Selbstversorgung und der Mobilisation, der Kommunikation sowie der Unabhängigkeit von lebenserhaltenden Hilfsmitteln, die Hauptziele des therapeutischen Teams (vgl. BAR 2003).

Steinbach und Donis (2004) schreiben folgende Pflege- und Betreuungsziele:

- *"Erhaltung des Zustandes bezüglich Wachheit, Kommunikationsfähigkeit, Mobilisierungsgrad und eventueller Aktivitäten des täglichen Lebens;*
 - *Erkennen und Fördern von aktivierbarem Rehabilitationspotenzial;*
 - *Verhindern von Sekundär- und Tertiärkomplikationen;*
 - *Integration der Angehörigen als wichtigste Kotherapeuten"*
- (Steinbach/Donis 2004, S. 29).

3. Anforderungen an die Pflege

Bei zu Pflegenden im Wachkoma handelt es sich um intensivpflichtige, schwerstbehinderte Menschen die, ab einem bestimmten Zeitpunkt, in der Langzeitbetreuung versorgt werden. Die Betreuung verlangt besondere Anforderungen an das Pflegepersonal, die sich belastend auswirken können.

Im folgenden Kapitel wird vermehrt auf die speziellen Aufgabenfelder der Pflegekräfte bei der Betreuung von Menschen im Wachkoma, in der Phase F, eingegangen. Zu Beginn folgt eine Aufzählung der erforderlichen Voraussetzungen die für die Arbeit mit dieser PatientenInnengruppe notwendig sind. Aus diesen Kenntnissen ergeben sich die anschließend beschriebenen Anforderungen an das Pflegepersonal bei WachkomapatientInnen.

Grundsätzlich orientiert sich die Versorgung der Menschen in dieser Phase am Prinzip der aktivierenden Pflege. Die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) bilden die Basis zu einer stimulierenden, Ressourcen fördernden Therapie (vgl. BAR 2003).

Die Betreuung erfolgt im Idealfall durch ein interdisziplinäres Team. Es handelt sich um eine Zusammenarbeit aus Pflegepersonal, ÄrztInnen, Ergo-, PhysiotherapeutInnen, LogopädInnen, SozialarbeiterInnen und den Angehörigen bzw. Vertrauenspersonen der PatientInnen (vgl. Kölbl-Catic 2007, S. 8). Die Abbildung 1 veranschaulicht in Form von ineinander verschmelzenden Kreisen das gesamten Beratungsteams eines Menschen im Wachkoma.



Abbildung 1: Betreuungsteam

Die Pflegekräfte verbringen in der Langzeitbetreuung die meiste Zeit mit den Menschen im Wachkoma und sind daher die engsten Kontaktpersonen sowie das Verbindungsglied innerhalb der Disziplinen. Daher nimmt die Pflege einen besonders wichtigen Stellenwert ein. Die Pflegepersonen können über die unterschiedlichen Wachphasen und Reaktionen oft am besten Auskunft geben und somit die vorhandenen Ressourcen des/der PatientenIn fördern (vgl. Plenter 2001, S. 72).

Abazzia et al. (2010) schreiben in ihrem Artikel über Erfahrungen von Pflegepersonen bei der Betreuung von Menschen im Wachkoma, am Beispiel einer Patientin. Es handelt sich um eine sehr junge Frau, bei der nach einer Heroinüberdosis die Diagnose "*persistent vegetative state*" gestellt wurde. Hinzu kam noch, dass die Patientin schwanger war. Die Berichte von Pflegepersonen, die in die Betreuung der Patientin involviert waren, zeigen, dass die Pflegekräfte am besten die Bedürfnisse der Patientin benennen können. Sie verbrachten viel Zeit alleine mit ihr, in der sie kleine Bewegungen oder andere Stimulationen beobachten könnten. Außerdem waren es auch meist die Pflegekräfte, die tröstend und einführend die Angehörigen unterstützten (vgl. Abazzia et al. 2010, S. 40ff).

Um die erforderlichen Tätigkeiten gut durchführen zu können, müssen die Pflegekräfte bestimmte Voraussetzungen aufweisen können. Diese sind nicht nur für die Pflege an sich wichtig, sondern auch für viele zusätzliche Handlungen. Zwischenmenschliche Beziehungen, zwischen allen Beteiligten des Betreuungsteams inklusive des Menschen im Wachkoma sowie das eigene Befinden der Pflegepersonen, können durch manche Voraussetzungen positiv unterstützt werden.

Steinbach und Donis (2004) zeigen dazu qualitative Voraussetzungen von Pflegepersonen wie folgt auf:

- *"Kenntnisse der neurologischen Grund- und Behandlungspflege;*
- *Theoretische wie praktische Kenntnisse in speziellen Pflegekonzepten wie Basale Stimulation, Affolter, Kinästhetik, Lagerung und Handling nach Bobath sowie reaktivierende Pflegekonzepte;*
- *Interdisziplinäre und multiprofessionelle Teamerfahrung;*
- *Überdurchschnittliche Belastbarkeit."*

(Steinbach/Donis 2004, S. 34)

Manche dieser Voraussetzungen sind auch für die anderen TeilnehmerInnen des Behandlungsteams wichtig. Um eine gute Betreuung für die Menschen im Wachkoma zu gewährleisten müssen alle Beteiligten innerhalb und untereinander der verschiedenen Disziplinen zusammenarbeiten. Sehr hilfreich wäre, wenn die Angehörigen auch Kenntnisse über die Pflegehandlungen inklusive der Pflegekonzepte haben. So können sie unterstützend bei der Pflege mitwirken.

Um eine möglichst einheitliche, verbesserte Behandlungsqualität zu erreichen, müssen Qualitätskriterien entwickelt werden.

Damit beschäftigten sich Bienstein und Hannich in ihrer 2001 durchgeführten Querschnittstudie über die Versorgung von Menschen im Wachkoma. Sie erarbeiteten dabei sechs übergreifende Qualitätskriterien:

- *"Transparenz*
- *Gleichberechtigung*

- *Kompetenz*
- *Kooperation*
- *Kontinuität*
- *Regelmäßigkeit*" (Bienstein 2007, S. 20f)

Alle am Pflegeprozess beteiligten Personen (Person im Wachkoma, seine/ihre Angehörigen, Pflegekräfte, Ärzte, TherapeutenInnen,...) müssen ihre Handlungen für alle Beteiligten *transparent* machen. Jeder/Jede ist dabei *gleichberechtigt* und kann die eigenen spezifischen *Kompetenzen* einbringen. Wichtig ist dabei die *Kooperation* aller Beteiligten untereinander. Menschen im Wachkoma und ihre Angehörigen benötigen eine *Kontinuität* und eine *Regelmäßigkeit* in ihren täglichen Handlungen (vgl. Bienstein 2007, S. 21).

Die Einhaltung der eben beschriebenen Qualitätskriterien wäre das Optimal für die Betreuung von WachkomapatientenInnen. Abazzia et al. (2010) beschäftigen sich in ihrer Studie mit möglichen Auslösern die sich positiv oder negativ auf die Pflege auswirken können.

Verschiedene Faktoren können einen Einfluss darauf haben, wie eine Pflegeperson den/die BewohnerIn sieht. Die Betreuungskräfte nehmen die zu pflegende Person oft ganz unterschiedlich wahr. Zu manchen verspüren sie mehr Sympathie als zu anderen. Das Arbeiten kann leichter fallen, wenn man einen Menschen gegenüber positiv eingestellt ist. Zum Beispiel können das Alter, das Geschlecht oder die Vergangenheit der Person im Wachkoma, dazu beitragen, wie sie von der Pflegeperson gesehen werden oder wie diese mit der Betreuungssituation umgehen (vgl. Abazzia et al. 2010, S. 45f).

Um mit möglichen Schwierigkeiten besser umgehen zu können, bedarf es Bewältigungsstrategien. Eine sehr wichtige Voraussetzung, um den hohen Anforderungen gerecht zu werden, ist das Wohlbefinden der Betreuungskräfte.

Wohlfender (2000) schreibt in ihrer Studie über die Berufszufriedenheit von Pflegekräften, dass die persönliche Erfahrung sowie das Engagement

und die Freude an der Arbeit sich positiv auf die Qualität der Pflege auswirken (vgl. Wohlfender 2000, S. 390) .

Immer wieder wird der Begriff Qualität verwendet. Von den Pflegepersonen wird eine bestmögliche Pflege verlangt, die sich positiv auf den zu betreuenden Menschen auswirkt. Die Betreuung soll so gut wie nur möglich durchgeführt werden, um somit eine qualitativ hochwertige Arbeit leisten zu können. Um diesen Anspruch erfüllen zu können, werden Qualitätskriterien oder qualitative Voraussetzungen beispielsweise in Form von Standards, entwickelt und beschrieben.

Was bedeutet der Begriff Qualität?

Das Deutsche Institut für Normung (DIN) definiert Qualität folgendermaßen: "Qualität ist die Gesamtheit von Eigenschaften und Merkmalen eines Produktes oder einer Dienstleistung, die sich auf deren Eignung zur Erfüllung festgesetzter oder vorausgesetzter Erfordernisse bezieht." (EN ISO 1994).

Der amerikanische Wissenschaftler Avedis Donabedian definiert 1977 Pflegequalität als *"Übereinstimmung zwischen der tatsächlichen Pflege und zuvor formulierten Kriterien"*. Er beschreibt (1980) drei Grundelemente der Qualität "technical, interpersonal, amenties". Die Technik der Qualität meint die Anwendung von Methoden, um einen guten Nutzen zu erhalten. Bei der Arbeit mit Menschen im Wachkoma fällt unter diesem Punkt zum Beispiel die Durchführung von pflegerischen Konzepten wie die Kinästhetik oder die Basale Stimulation. Das zweite Element enthält die psychosozialen Komponenten der pflegerischen Tätigkeit wie die Kommunikation oder die Beziehungsebene zwischen der Pflegekraft und der zu betreuenden Person. Unter dem dritten Grundelement der Qualität versteht Donabedian die Merkmale, die sich aus der pflegerischen Umgebung ergeben. Darunter kann man die Zusammenarbeit innerhalb des Betreuungsteams verstehen oder die Arbeitsbedingungen auf einer Wachkomastation. Um die Qualität im Ergebnisprozess beurteilen zu können müssen die Kategorien Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität betrachtet werden (vgl. Uhl 2008, S. 11).

Strukturqualität bezeichnet die Rahmenbedingungen der Pflegehandlungen, die durch die Einrichtung gegeben sind. Darin ist der Personalschlüssel genauso enthalten wie die Verfügung von Pflegeartikeln oder Pflegehilfsmittel. Durch die Immobilität der WachkomapatientenInnen benötigen viele zum Beispiel einen Krankenlifter zum Transfer aus dem Bett. Die Prozessqualität beinhaltet alle durchgeführten Tätigkeiten die von der Pflege geleistet werden. Dazu zählen auch die gesamte Dokumentation, die Pflegeplanung und die Kooperation mit anderen Berufsgruppen. Gerade bei der Pflege von Menschen im Wachkoma ist in diesem Bereich die Zusammenarbeit aller Beteiligten des Behandlungsteams beinhaltet. Die Pflegeplanung gewährleistet eine kontinuierlich gleichbleibende Pflege, die auch laufend evaluiert wird. Die Ergebnisqualität dient der Beschreibung der Ergebnisse. Es zeigt die Wirkung der Pflege sowie die Erreichung der gesteckten Ziele. Bei der besonderen Pflege von WachkomapatientenInnen sind kleine Schritte schon ein großer Erfolg (vgl. Engel 2008, S. 22).

Alle bereits beschriebenen Anforderungen sind notwendig um einen Menschen im Wachkoma zu versorgen. Alle Mitglieder des Behandlungsteams müssen die qualitativen Voraussetzungen nach Möglichkeit erfüllen. Am Beispiel der Pflegekonzepte, führt das Wissen ihrer korrekten Durchführung nicht nur zum Wohlbefinden der PatientenInnen sondern auch zur Arbeitserleichterung der Betreuungskräfte. Die anschließenden Kapiteln beschäftigen sich vertiefend mit den Anforderungen der Fachlichkeit, der Wahrnehmung und Kommunikation, sowie der Angehörigenarbeit. Diese betreffen im Besonderen die professionellen Pflegekräfte.

3.1. Fachlichkeit

Beim Betreuungspersonal von Menschen im Wachkoma ist ein spezielles fachliches Wissen Voraussetzung. Sie sollen besonders über die Kompetenzen der Wahrnehmung, nonverbaler Kommunikation, Interpretation und Spiegelung, Geduld und Einfühlung verfügen (vgl. Bienstein 2007, S. 24f).

Die Pflege von WachkomapatientInnen verlangt auch das Wissen über die Versorgung von Trachealkanülen, Sonden- und Katheterpflege sowie deren Überwachung (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 34). Allgemein ist die Pflege und Behandlung in der Phase F durch einen erhöhten Grund- und Behandlungspflegebedarf sowie einer genaueren Überwachung gekennzeichnet (vgl. BAR 2003). Dies wurde bereits ausführlich im Kapitel - Rehabilitationsphase F - beschrieben. Die Pflegekräfte müssen die verschiedenen Pflegekonzepte wie Basale Stimulation, Bobath Pflege oder Kinästhetik kennen und auch anwenden können. Wichtig ist dabei immer den/die PatientIn individuell zu betrachten und auf die jeweilige Situation einzugehen (vgl. Bienstein 2007, S. 24f, Kölbl-Catic 2007, S. 6f).

Bienstein (2007) nennt als zentrale fachliche Kriterien, das Verfügen von Konzepten um den Betroffenen von Sekundärschäden zu bewahren und seine körperliche Mobilität zu fördern (vgl. Bienstein 2007, S. 25).

3.2. Wahrnehmung und Kommunikation

Als Außenstehender, zum Beispiel als Pflegeperson, kann man nicht genau wissen, was der Mensch im Wachkoma wirklich wahrnimmt.

Zieger sagt: *"Solange ein Mensch lebt, selbst im Sterben, ist er mit Wahrnehmungen, Empfindungen und Bewegungen mit der Umwelt verbunden."* (Zieger 2001, S. 3).

Bei der gesamten Betreuung soll deshalb mit dem Betroffenen kommuniziert werden. Unter Kommunikation ist dabei nicht nur das Sprechen zu verstehen, sondern auch ein bewusster Augenkontakt, mimische Bewegungen wie zum Beispiel Lächeln oder verschiedene Geräusche die von der Person im Wachkoma erzeugt und auch wahrgenommen werden können (vgl. Fisch 2009, S. 41). Ein taktvoller, respektvoller Umgang muss selbstverständlich sein (vgl. Zieger 2007b, S. 6). Die Wahrnehmung des/der PatientIn wird durch Konzepte wie Basale Stimulation, Musiktherapie, Affolter Therapie gefördert.

Wie wichtig die nonverbale Kommunikation zwischen den Pflegekräften und den zu Betreuenden ist zeigt die nachstehende Aussage:

" Auch schwerstbeeinträchtigte Menschen, sind in der Lage, sich auszudrücken, zu kommunizieren, zu lernen und sich zu entwickeln. (...) Solange ein Mensch körperlich anwesend ist, nimmt er auch wahr." (Nydahl 2007, S. 48).

Zu den Aufgaben der Betreuungskräfte zählt es, durch zum Beispiel Berührung am Arm, eine vegetative oder körperliche Veränderung zu erkennen.

Durch Beobachtungen aber auch durch Erfahrungen der Pflegekräfte, wird eine genauere und sensiblere Wahrnehmung des/der PatientIn möglich.

Laut Zieger (1998) ist die Beurteilung der Sinnhaftigkeit einer Reaktion kein objektives Kriterium, sondern immer die subjektive Wahrnehmung und deren Interpretation eines Verhaltens, durch eine beobachtende Person. Beeinflussend dabei ist die persönliche Nähe zum/zur Betroffenen und inwieweit eine Beziehung aufgebaut wurde (vgl. Körtner 2008, S. 400). Daher sind es oft die Angehörigen, die bereits kleine vegetative Zeichen als elementares Interaktions- und Beziehungsverhalten wahrnehmen können (vgl. Zieger 1998, S. 6). Die Reaktionen sind manchmal schwer zu entschlüsseln. Auf den ersten Blick sind sie oft kaum erkennbar, da sie nur leicht angedeutet sind oder in ganz langsamen Bewegungen stattfinden. Es handelt sich deshalb um einen Lernprozess, den die Betreuungskräfte, sowie die Angehörigen, durchleben müssen (vgl. Zieger 2001, S. 3).

Jegliche Veränderungen müssen sorgfältig beobachtet und dokumentiert werden. Dadurch können sich erste Schritte einer Remission zeigen. Alle Reaktionen müssen ernstgenommen werden (vgl. Körtner 2008, S. 400). Es entsteht eine non-verbale Kommunikation zwischen den Betroffenen und dem Betreuungsteam.

Mögliche Formen der Selbstaktualisierung und Kommunikationsäußerung von Menschen im Wachkoma können in *verdecktes* und *offenes Verhalten* unterteilt werden. Verdecktes Verhalten ist nicht äußerlich beobachtbar und kann deshalb nur mit Instrumenten wie EEG oder EKG gemessen

werden. Das offene Verhalten kann von außen beobachtet werden. In Tabelle 1 werden mögliche Reaktionen gezeigt (vgl. Zieger 2007a, S. 10).

Tabelle 3: Beobachtbare Reaktionen

Offenes Verhalten (von außen beobachtbar)
Veränderungen der Atemtiefe und -frequenz, Seufzen
Augen öffnen und schließen
Fixieren, Blickbewegungen
Mimische Veränderungen, Unmut, Missfallen, Lächeln
Kopfbewegungen, Kopfdrehungen, Kopfnicken, -schütteln
Bewegungen von Hand, Arm, Fingern, Bein, Händedruck
Kauen/Schmatzen, Mund öffnen und schließen, Lippenbewegungen, Artikulationen
Veränderung von Körperhaltungen: Anspannen, Entspannen, Räkeln, Drehen, Aufrichten

(vgl. Zieger 2007a, S. 10)

Was genau ein beobachtetes Verhalten aussagt, ist jedoch abhängig von der Interpretation der außenstehenden Person (vgl. Körtner 2008, S. 400).

3.3. Angehörigenarbeit

Die Angehörigen³ sind bei der Pflege von WachkomapatientenInnen ein wichtiger Bestandteil innerhalb des Betreuungsteams. Sie werden in den Tagesablauf mit einbezogen und in den Behandlungsprozess integriert (vgl. Kölbl-Catic 2007, S. 6f; Horn 2007, S. 26ff). Es gibt ihnen das Gefühl, nicht tatenlos zu sein und Einfluss auf die Genesung und das Wohlbefinden ihres Angehörigen zu haben (vgl. Horn 2007, S.26ff). Aus diesem Grund werden sie im folgenden Kapitel speziell behandelt und somit den restlichen Teilnehmern des Behandlungsteams extra betrachtet. Die Zu-

³ Angehörige können Eltern, Elternteile, Geschwister, Partner/Innen oder Menschen anderer verwandtschaftlicher Beziehung sein. Es können auch Freunde sein, die sich einem Menschen angehörig fühlen.

sammenarbeit zwischen den Pflegekräften und den Angehörigen muss besonders gut funktionieren.

Steinbach und Donis (2004) sprechen von den Angehörigen sogar als wichtigste "Kotherapeuten". Sie geben oft wichtige Informationen über Reaktionen und Fähigkeiten des/der PatientenIn (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 36). Bereits am Beginn der Krankengeschichte helfen die Angehörigen bei der Anamnese. Durch ein Informationsgespräch erfahren die Pflegekräfte mehr über die BewohnerInnen. Zum Beispiel geben die Angehörigen Auskunft über beliebte Düfte oder Geschmäcker, sie wissen wie die Erkrankten früher auf bestimmte Berührungen reagiert haben. Auch im weiteren Verlauf der Behandlung können sich die Angehörigen immer wieder mit den Professionellen über beobachtete Reaktionen oder Veränderungen austauschen. Auch Horn (2007) beschäftigt sich mit den beiden wichtigen Teilnehmern des Behandlungsteams. Bereits in der Akutphase beginnt die Zusammenarbeit zwischen den professionellen Helfern und den Angehörigen. Entscheidungen über den/die PatientIn werden gemeinsam getroffen (vgl. Horn 2007, S. 26ff).

Die Angehörigen sind häufig psychisch, physisch und meist auch finanziell stark belastet. Sie erleben eine völlig neue, ihnen bisher unbekannte Situation, die zu einem Wechselbad der Gefühle führt. Wichtig ist deshalb, dass sie von Seiten der Professionellen offen und ehrlich über den Gesundheitszustand der Betroffenen informiert werden. Sie sollen Sicherheit erhalten und es soll ihnen gezeigt werden, dass der/die PatientIn gut versorgt ist (vgl. Horn 2007, S. 26ff; Zieger 2001, S. 5).

Laut Steinbach und Donis (2004) haben die professionellen BetreuerInnen die Pflicht die Angehörigen zu begleiten. Sie benennen vier Ziele: *Begleitung, Entlastung, Beratung* und *Integration* (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 59).

Sie sollen die Angehörigen auch über vorhandene Selbsthilfegruppen oder Angehörigentreffen informieren.

Bei der Angehörigenarbeit spielt die Kommunikation eine wichtig Rolle. Da sie in den Betreuungsprozess mit eingebunden sind, müssen sie über et-

waige Probleme bzw. Pflegefehler informiert sein. Lavrijsen et al. (2007) schreibt dazu, dass die Kommunikation mit den Angehörigen über Risiken, wie zum Beispiel eine Beinfraktur aufgrund der langen Immobilität, zu den Hauptaufgaben der Pflege gehört (vgl. Lavrijsen et al. 2007, S. 995). Nur so können Sekundärerkrankungen verhindert werden und trotzdem die Hilfe der Angehörigen angenommen werden.

Zusätzlich zu den bisher genannten Anforderungen, können auch private oder gesundheitliche Probleme Einfluss auf die individuelle Beanspruchung der Pflegepersonen haben. Die Stärken und Schwächen innerhalb eines Arbeitsteams, sowie der Rückhalt der Vorgesetzten können sich ebenfalls positiv oder negativ auswirken. (vgl. Wohlfender 2000, S. 391f).

Zusammenfassend zeigt sich, dass zur leichteren Bewältigung der angeführten Anforderungen, bestimmte qualitative Voraussetzungen notwendig sind. Ein fachliches Wissen, welches auch Kenntnisse über spezielle Konzepte beinhaltet wird bei der Arbeit mit Menschen im Wachkoma von dem Pflegepersonal gefordert. Dadurch wird zum Beispiel erst die Durchführung der besonderen Art der Kommunikation zwischen den Beteiligten möglich. Um Wünsche oder Bedürfnisse der BewohnerInnen besser deuten zu können, ist die Zusammenarbeit mit den Angehörigen von großer Bedeutung.

4. Belastung

Nach einer genaueren Definition von Belastung, Beanspruchung und Stress allgemein, wird speziell auf Stressformen eingegangen. Die unterschiedliche Belastbarkeit von Personen, sowie die Auslöser einer Belastung werden anschließend beschrieben. Den Abschluss bilden die Folgen der Belastung. Es wird versucht eine Verbindung zu den Pflegepersonen die Menschen im Wachkoma betreuen herzustellen. Somit zeigt sich bereits hier mit welchen Belastungen diese konfrontiert sein können.

4.1. Definition von Belastung, Beanspruchung, Stress

Rohmert und Rutenfranz (1975) definieren *Belastung* als "objektive, von aussen her auf den Menschen einwirkende Grössen und Faktoren" und *Beanspruchung* als "deren Auswirkungen im Menschen und auf den Menschen" (Rohmert/Rutenfranz 1975, S.8).⁴

Äußere Reize können dabei zu physischen Belastungen durch Heben und Tragen oder stehenden Tätigkeiten führen. Die Pflegepersonen müssen viele Wege zwischen den Patientenzimmern und dem Stationsstützpunkt zurücklegen. Tätigkeiten wie die Körperpflege, die Mobilisation, die Versorgung jeglicher Zugänge sind Beispiele die im stehen durchgeführt werden. Durch die meist komplette Immobilität der WachkomapatientInnen müssen die Pflegekräfte in diesem Fall besonders viel und oft schwer heben. Im pflegerischen Bereich können auch psychische Belastungen auftreten, die zum Beispiel auf die vermehrten Anforderungen an das Pflegepersonal zurückzuführen sind.

Die Beanspruchung ist eine Folge der Belastung. Durch ein subjektiv unterschiedliches Empfinden der Belastung zeigt sich das individuelle Ausmaß der Beanspruchung. Einfluss darauf haben weitere Größen wie Persönlichkeitseigenschaften, individuelle Bedürfnisse und Handlungskompetenzen, Arbeitsmittel sowie die soziale Umgebung (vgl. Zimmer et al. 1999, Ulich/ Wülser 2009).

In der Literatur findet man sehr unterschiedliche Definitionen von Stress und Belastung. Oft wird *Stress* als ein Sammelbegriff für psychische Belastungsreaktionen verwendet. Negative Beanspruchungsfolgen können auch als Stressreaktionen bezeichnet werden (vgl. Zimmer et al 1999). Domnowski (2005) bezeichnet alle Zustände, die das geistige, körperliche und seelische Wohlbefinden negativ beeinflussen als Stressreaktionen (vgl. Domnowski 2005, S. 60). Sehr häufig hat Stress auch dieselbe Bedeutung wie Belastung (vgl. Tausch 2006, S. 18). Im Zuge dieser Arbeit wird Stress wie bei Wohlfender (2000) betrachtet, nämlich als Ursache für

⁴ Alltagssprachlich wird die von Rohmert und Rutenfranz verwendete Definition von Beanspruchung, häufig als Belastung verwendet. Daher wird in der gesamten Arbeit von Belastung gesprochen, wenn es sich um das subjektive Wahrnehmen oder Empfinden bei der Betreuung von Menschen im Wachkoma handelt.

belastende Situationen (vgl. Wohlfender 2000, S.391). Dabei kann man vom *Distress* sprechen, dem sogenannten negativen Stress. Er schädigt auf Dauer den Körper und lässt ihm keine Erholungszeit um sich wieder zu regenerieren. Im Gegensatz dazu gibt es den *Eustress*. Er beeinflusst den Körper positiv. Zum Beispiel beim Sport oder bei Prüfungen wirkt er leistungsstärkend und kann in Maßen das Immunsystem aufbauen (vgl. Domnowski 2005, S. 61, Wendt/Ensle 2008, S. 18).

4.2. Stressformen

Stress lässt sich in unterschiedlichen Formen beschreiben. Alltags-, Längerdauernder- und Dauerstress unterscheiden sich nicht nur in ihrer Entstehung sondern auch in ihrer Auswirkung.

4.2.1. Alltagsstress

Im Alltag geschehen immer wieder Situationen die einem belastend erscheinen und somit in irgendeiner Form den Menschen körperlich oder geistig einschränken. Hierbei kann es sich um einen kurzzeitigen- oder einen mehrstündigen Alltagsstress handeln. Der Erstgenannte dauert nur einige Minuten bis zu einer Stunde. Befindet sich eine Person in Zeitdruck oder ist enormen Lärm ausgeliefert kann das einen Stress auslösen. Auch gesteckte Ziele, die nicht erreicht werden können verursachen manchmal ein belastendes Gefühl. Ist man häufig kurzen Stresssituationen ausgeliefert, kommt es zu Belastungen die die Lebensqualität einschränken und körperliche Vorgänge durch eine verminderte Kraft beeinträchtigen. Der mehrstündige Alltagsstress dauert einige Stunden. Ein seelisches oder körperliches Unwohlsein wird dabei empfunden. Zum Beispiel können noch Stunden nach einer unerfreulichen Begegnung oder Auseinandersetzung mit einer anderen Person, belastende Symptome wie Kopfschmerzen oder ein Gefühl der Erschöpfung auftreten. Andere Auslöser für diese Art von Stressempfinden können allgemeine Arbeitsschwierigkei-

ten, zu viel Arbeit sowie Arbeit unter Zeitdruck oder in ermüdeten Zustand sein. Das Letztere kann gerade bei Pflegepersonen durch die Nachtdienste vermehrt auftreten (vgl. Tausch 2006, S. 19ff). Zu den allgemeinen Arbeitsschwierigkeiten können Uneinigkeiten eines Stationsteams oder ein Personalmangel zählen.

4.2.2. Längerdauernder Stress

Diese Art von Stress dauert einige Tage, Wochen bis zu Monaten. Es wird eine deutliche Belastung empfunden die das Wohlbefinden einschränkt. Am Ende der Belastungszeit wird ein starker Erschöpfungszustand spürbar der sich seelisch und körperlich bemerkbar machen kann. Verursacht kann er wiederum durch belastende Anforderungen im Beruf werden. Es zählen auch Schwierigkeiten mit KollegenInnen oder Vorgesetzten dazu. Bei Betreuungskräften von WachkomapatientenInnen kann dies leicht vorkommen. Aufgrund des großen Betreuungsteams können Uneinigkeiten oder Meinungsverschiedenheiten häufig auftreten. So ein länger andauernder Stress am Arbeitsplatz kann zu einer verminderten Produktivität führen. Unzufriedenheit, vermehrte Krankenstände oder ein Arbeitsplatzwechsel können Folgen davon sein. Auch das private Leben kann stark beeinträchtigt werden (vgl. Tausch 2006, S. 23ff).

4.2.3. Dauerstress

Die Personen befinden sich Wochen, Monate bis Jahre in einem unruhigen, gespannten Dauerzustand. Es fehlt das komplette Gefühl einer Entspannung. Das Leben erscheint als schwierig und der Alltag ist nur mehr erschwert zu bewältigen. Durch die Dauerbelastung kommt es zu Begleitscheinungen wie körperliche Beeinträchtigungen, Überempfindlichkeit und erhöhte Reizbarkeit oder eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Ein äußerer Auslöser für eine Dauerbelastung kann eine Über- oder Unterforderung im Berufsleben sein. Ein Beispiel für einen inneren Auslöser kann

eine zu hohe Erwartungshaltung an einen selbst sein (vgl. Tausch 2006, S. 27ff).

4.3. Belastbarkeit und Auslöser von Belastung

Die Belastbarkeit ist von Mensch zu Mensch verschieden. Nicht jeder empfindet die gleiche Situation, zur selben Zeit, in der gleichen Intensität belastend. Der Umgang mit einer Anforderung ist unterschiedlich. Die Reaktion auf ein Ereignis kann jetzt ganz anderes sein als zu einem anderen Zeitpunkt. Zum Beispiel kann die eine Pflegeperson mit einem/einer PatientenIn besonders gut arbeiten. Sie empfindet eine Sympathie gegenüber der zu betreuenden Person. Deshalb fallen ihm/ihr die Pflegehandlungen leicht und das Gefühl einer Belastung wird nicht so schnell aufkommen. Im Gegensatz dazu kann eine andere Pflegeperson gar nicht gut mit den/der PatientenIn arbeiten. Aus verschiedensten Gründen kommt keine Sympathie zu dem/der BewohnerIn zustande. Die Anforderungen die ein Mensch im Wachkoma an die Pflegeperson stellt, wird dann auch leicht als Belastung empfunden. Oft liegt es an der Tagesverfassung der Pflegekräfte. Das kann manchmal auch von privaten Problemen beeinflusst sein.

Laut Tausch (2006) ist es ein Irrglaube, dass die belastenden Gefühle durch eine äußere Situation oder durch einen anderen Menschen ausgelöst werden. Die Situation nimmt zwar einen gewissen Einfluss, aber schafft nicht direkt die Gefühle. Ausschlaggebend sind die Bewertung und die Gedanken zu und über ein Geschehen, die sich jede Person selber bildet (vgl. Tausch 2006, S. 35ff).

Die Studie von Jenull et al (2008) beschreibt hingegen wer oder was die Belastungen bei der Arbeit in der stationären Altenpflege auslöst. Am stärksten beeinflussen die Arbeitsbedingungen, zum Beispiel der oft große Zeitdruck, die StudienteilnehmerInnen. Auf Platz zwei in der Bewertung liegt die Belastung durch die BewohnerInnen, gefolgt von der Belastung durch die Angehörigen (vgl. Jenull et al 2008, S. 19).

Menschen bilden individuelle Copingstrategien um mit Belastung beziehungsweise Stress besser umgehen zu können.

Um einer Überforderung in schwierigen Situationen entgegenzuwirken nennt Wohlfender (2000) die persönliche Entwicklung, die Zusammenarbeit mit anderen und das Sorge-Tragen für sich selbst als wichtige Voraussetzungen (vgl. Wohlfender 2000, S. 389).

4.4. Folgen von Belastungen

Bei den Folgen der Belastungen kann zwischen kurzfristig/aktuellen Reaktionen und mittel- bis langfristigen Reaktionen unterschieden werden.

Diese können sich physisch (z.B. Bluthochdruck, erhöhte Adrenalin- oder Cortisolausschüttung), psychisch (z.B. Anspannung, Depression) oder behaviorale (z.B. Leistungsschwankungen, vermehrter Suchtmittelverbrauch) zeigen (vgl. Zimmer et al 1999, Ulich/Wülser 2009).

Schmidt (2004) spricht von körperlichen-, verhaltensbezogenen- und geistig-emotionalen Stressreaktionen. Durch eine erhöhte Konzentration von Noradrenalin und Adrenalin werden die Zucker- und Fettreserven im Körper verbraucht und das Herz schlägt schneller, wodurch die Muskeln mit mehr Sauerstoff versorgt werden. "Unwichtigere" Körperfunktionen wie beispielsweise die Verdauung, die Sexualität, das Schlafbedürfnis oder der Hunger werden gehemmt (vgl. Schmidt 2004, S. 56ff). Bereits bestehende körperliche Erkrankungen können durch Stress oder Belastung noch verstärkt werden (vgl. Tausch 2006, S. 14).

Verhaltensänderungen können sich durch hastiges oder ungeduldiges Handeln zeigen. Der Arbeitsablauf ändert sich. Planloses, unkoordiniertes Arbeiten kann dazu führen, dass Dinge vergessen werden. Unkontrollierter und vermehrter Nikotin- und Alkoholkonsum, sowie die Einnahme von Schmerz-, Beruhigungs- oder Aufputzmitteln zählen ebenso zu den verhaltensbezogenen Stressreaktionen wie Konflikte mit anderen. Zu den geistig-emotionalen Stressreaktionen gehören Vorgänge die von außen nicht sichtbar sind. Es handelt sich um Gedanken und Gefühle die durch eine belastende Situation ausgelöst werden können, wie zum Beispiel in-

nere Unruhe, Nervosität, Angst zu versagen, Hilflosigkeit oder Selbstvorwürfe (vgl. Schmidt 2004, S. 56ff).

Die Belastungen beeinträchtigen häufig den Gesundheitszustand der Betreuungskräfte. Je länger eine Person sich in einer schwierigen Situation befindet, umso höher ist das Risiko einer gesundheitlichen Beeinträchtigung. Sekundärerkrankungen wie Alkohol- und Nikotinabusus oder Essstörungen wirken sich besonders negativ auf die Gesundheit aus (vgl. Tausch 2006, S. 14). Bei der Pflege von Wachkomapatienten können physische Erkrankungen häufig auftreten. Als Folge der meist kompletten Übernahme aller Bewegungen der BewohnerInnen, kommt es bei den Pflegepersonen zu Rückenschmerzen oder Probleme in den Gelenken. Durch Stress und Belastung ist das Risiko an einer Depression zu erkranken oder unter Angstzuständen zu leiden erhöht. Negative Auswirkungen können sich auch in der Schlafqualität zeigen und es kann vorkommen, dass die sozialen Kontakte abnehmen (Phillips et al. 2009, S.335ff). Gerade in sozialen Berufen wird häufig ein "Burnout" als Folge daraus beobachtet (vgl. Zimmer et al 1999, Ulich/ Wülser 2009).

Die Definition von Maslach zum Burnout-Syndrom bezieht sich stark auf die Perspektive der Gefühle und des Empfindens der betroffenen Personen.

"Ein Burnout-Syndrom liegt vor, wenn sich der Betroffene gefühlsmäßig ausgezehrt fühlt, was mit Empfindungen des Ausgelaugtseins und der Überbeanspruchung einhergeht (emotionale Erschöpfung). Das Erleben der eigenen Nützlichkeit und Effektivität ist stark beeinträchtigt, womit Gefühle der Hilflosigkeit und des Ausgeliefertseins verbunden sind (reduziertes Wirksamkeitserleben). Ein drittes Kennzeichen ist die Versachlichung von menschlichen Beziehungen, die durch gefühllose und abgestumpfte Reaktionen gegenüber Mitmenschen charakterisiert ist (Depersonalisierung)." (Maslach, zit. in. Schmidt 2004, S. 33)

In der Krankenpflege kann sich gerade die Depersonalisierung negativ auf die Patienten auswirken. Starke Distanzierung oder eine zynische Haltung gegenüber der zu betreuenden Personen können als Folge des "Ausgebrannt seins" beobachtet werden (vgl. Schmidt 2004, S. 33). Wie wichtig jedoch der einfühlsame und respektvolle Umgang zwischen den Pflegepersonen und dem Menschen im Wachkoma ist wurde bereits im Kapitel der 3.2. beschrieben.

5. Ethische Auseinandersetzung zum Thema Wachkoma

Wenn man sich mit dem Thema Wachkoma beschäftigt, muss man sich auch mit den Begriffen der Ethik und den dazugehörigen Überlegungen, Handlungen und letztlich auch Entscheidungen, auseinandersetzen.

Diese Dinge führen immer wieder, aufgrund von unterschiedlichen Meinungen, zu heftigen Debatten. Ein Beispiel dafür ist sicher der von den Medien bekannt gemachte Falle von Terri Schiavo. Die am Therapieplan beteiligten Personen müssen für eine andere Person Entscheidungen treffen. Dabei handelt es sich nicht immer um die meistens diskutierten Fälle, in denen über lebenserhaltende Maßnahmen entschieden wird. Auch Pflegehandlungen mit weniger schwerwiegenden Folgen, wie zum Beispiel die Art und Weise oder die Dauer der Mobilisation, muss die Pflegeperson für den Menschen im Wachkoma entscheiden. Täglich sind sie gefordert Handlungen durchzuführen, bei denen sie glauben, diese nach den Wünschen der PatientenInnen zu tun. Im Idealfall hat ein/eine PatientIn eine Patientenverfügung. Diese zeigt am Besten den Willen der zu pflegenden Person und wie mit Ihm/Ihr im Ernstfall umgegangen werden soll. Dabei ist allerdings zu beachten, dass immer ein gesunder Mensch, also auch der/die Erkrankte vor seiner/ihrer Erkrankung für sich selbst entscheidet (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 45).

Menschen im Wachkoma sind nicht in der Lage sich über medizinische und pflegerischen Interventionen, egal welcher Art, zu äußern. Die meisten sind daher besachwaltet und somit fallen die Entscheidungen auf eine außenstehende Person.

Um ein besseres Verständnis über die Thematik zu erhalten, wird in den folgenden Kapiteln genauer auf die Begriffe Patientenverfügung und Sterbehilfe eingegangen. Gleich zu Beginn geht es allgemein über ethische Grundlagen, Pflegeethik und die mögliche Sichtweise von einer Person im Wachkoma.

5.1. Ethische Grundlagen

Wichtig für die ethischen Grundlagen im pflegerischen Umgang mit Menschen im Wachkoma ist der *ICN Ethikkodex*⁵ für Pflegende. Die zuletzt überarbeitete Fassung stammt vom Jahr 2000 (ÖGKV).

Darin werden vier grundlegende Aufgaben der Pflege genannt:

- *"Gesundheit zu fördern,*
- *Krankheit zu verhüten,*
- *Gesundheit wiederherzustellen,*
- *Leiden zu lindern.*

(...) Untrennbar von Pflege ist die Achtung der Menschenrechte, einschließlich dem Recht auf Leben, auf Würde und auf respektvolle Behandlung. Sie wird ohne Rücksicht auf das Alter, Behinderung oder Krankheit, das Geschlecht, den Glauben, die Hautfarbe, die Kultur, die Nationalität, die politische Einstellung, die Rasse oder den sozialen Status ausgeübt (...)" (ICN Ethikkodex 2000).

Diese Aufgaben und Regeln müssen auch bei der Pflege von Menschen im Wachkoma berücksichtigt werden. Die Pflegepersonen müssen die Betroffenen mit Respekt behandeln. *"Jedem Menschen ist Menschenwürde zuzusprechen, auch in der extremen Form des Lebens im Wachkoma"* (Steinbach/Donis 2004, S. 43). Um die genannten grundlegenden Aufga-

⁵ ICN = International Council of Nurses

Es handelt sich um einen Zusammenschluss von 122 nationalen Berufsverbänden der Pflege. Seit 1899 ist das Ziel des ICN, Pflege von hoher Qualität für alle sicherzustellen und sich für eine vernünftige Gesundheitspolitik weltweit einzusetzen (ÖGKV).

ben erfüllen zu können müssen die professionellen Betreuungskräfte täglich Entscheidungen für die BewohnerInnen treffen. Sie bestimmen wann und wie der/die zu Betreuende zum Beispiel mobilisiert wird. Oft ist so eine routinemäßige Pflegehandlung bereits eine schwierige Entscheidung. Manchmal möchten die Angehörigen vielleicht, dass der/die BewohnerIn täglich in den Rollstuhl mobilisiert wird. Diese sind an manchen Tagen jedoch in einen schlechteren Allgemeinzustand, haben vielleicht erhöhte Temperatur oder die Vitalzeichen sind außerhalb des Normbereiches. Die Pflegepersonen müssen nach ihrem Gewissen entscheiden. Ihre Aufgabe ist es Leiden zu lindern. Wenn sie den Eindruck haben die Mobilisation tut den Menschen im Wachkoma im Moment nicht gut, ist es wahrscheinlich auch besser er/sie bleibt im Bett. Andererseits wissen sie auch wie wichtig das Aufrichten des Körpers für den gesamten Kreislauf ist. Die Lungen werden besser versorgt und die veränderte Körperhaltung ist prophylaktisch gegen Druckstellen.

5.1.1. Pflegeethik

Bei den ethischen Problemen, mit denen die Pflege oft konfrontiert wird, sind auch die MedizinerInnen, die Angehörigen und der/die PatientIn betroffen. Pflegeethische und medizinethische Fragen überschneiden sich oft. Themen wie beispielsweise die Euthanasie, Zwangsernährung, Reanimation oder Nichtreanimation ohne Kenntnis des Willens der betroffenen Person oder Therapieabbruch fallen nicht in den Kompetenzbereich der Pflegenden, um Entscheidungen zu treffen. Es stellt aber auch in ihrem Fachbereich Probleme oder Konflikte in der Behandlung dar. Wie bereits in vorherigen Kapiteln erwähnt verbringen die Pflegepersonen in der Langzeitbetreuung die meiste Zeit des Behandlungsteams mit den Betroffenen. Dies bestätigt die Sinnhaftigkeit einer eigenständigen Pflegeethik. Pflegeethik als eigenständiger Bereich der Gesundheitsethik hat die Aufgabe, die Rolle und Verantwortung der Pflegepersonen bei ethischen Problemen zu reflektieren (vgl. Körtner 2004 S. 46). Zu den pflegerischen Grundregeln gehört die Erhaltung der Patientenautonomie. Außerdem soll

der Mensch als Subjekt betrachtet und auch so behandelt werden. Auch Personen mit einem gestörten Bewusstsein können durch Kommunikation ihren Willen zeigen (vgl. Körtner 2008, S. 396ff).

5.1.2. Bio- versus beziehungsmedizinischer Zugang

Die Art wie eine betreuende Person mit dem Menschen im Wachkoma umgeht ist unterschiedlich. Es liegt am individuellen Verständnis des Menschenbildes. Wie man eine andere Person ansieht und demnach auch behandelt ist oft von einer bestimmten Situation, vom Sympathieempfinden gegenüber den/der Anderen oder einfach von der eigenen Tagesverfassung abhängig.

Es können zwei Sichtweisen unterschieden werden: die *biomedizinische* und die *beziehungsmedizinische* Sichtweise bzw. der Zugang zur erkrankten Person (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 42f; Zieger 2002, S. 2f).

Die *biomedizinische* Sichtweise ist naturwissenschaftlich orientiert. Man sagt, alles ist messbar. Was nicht gemessen werden kann, existiert nicht. Daher wird es auch nicht richtig wahrgenommen oder es gilt als störend. Der Körper besteht bei dieser Ansicht rein aus Organen. Die zwischenmenschlichen Beziehungen gelten dabei als unwichtig und der Mensch selber wird zur Sache reduziert. Der/Die WachkomapatientIn wird zur sinnlosen Sache (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 42). Sie werden nur durch ihre Defizite definiert. Sie haben kein Bewusstsein, keine Empfindungen und können nicht adäquat auf Reize reagieren. Sie gelten als Pflegefälle, mit vollkommener Abhängigkeit von Anderen, die ihren eigenen Willen nicht zeigen können. Die Menschen im Wachkoma werden als Last für andere angesehen, da ihr Leben ohnehin nur nutzlos ist. Sie weichen von der Normalität so stark ab, dass sie als Bedrohung in der modernen Gesellschaft und Medizin gelten (vgl. Zieger 2002, S. 2f).

Bei der *beziehungsmedizinischen* Sichtweise bedeutet das Leben Verletzlichkeit und Sterblichkeit. Krankheit, Sterben und Tod gehören zum Leben und werden als normal angesehen. Das Gehirn gilt nicht nur als biologi-

sches Organ, sondern es ist für das soziale Verhalten verantwortlich. Die zwischenmenschlichen Beziehungen sind wichtig. Jeder Mensch verdient einen würdevollen Umgang, auch der/die WachkomapatientIn (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 43). Die Menschen verfügen über Wahrnehmung und zeigen Empfindungen. Im Vordergrund steht nicht die Heilung, sondern zum Beispiel die Linderung von Schmerzen oder Spastiken, sodass sich der/die Betroffene wohlfühlt und zufrieden ist (vgl. Zieger 2002, S. 3).

5.2. Sterbehilfe

Man kann zwischen Sterbehilfe ohne Todesbeschleunigung, Sterbehilfe mit Todesbeschleunigung (indirekte Euthanasie), Unterlassung der Lebensverlängerung (passive Euthanasie) und gezielter Tötung unterscheiden. Bei der aktiven Euthanasie wird nochmals zwischen freiwilliger und nichtfreiwilliger Euthanasie unterschieden (vgl. Körtner 2004, S. 202f).

Bei Sterbenden in der Terminalphase wird die indirekte Euthanasie meist ethisch und rechtlich akzeptiert, um eine bestmögliche Schmerzlinderung zu erreichen. Die Unterlassung einer Therapie wie zum Beispiel den Abbruch der Antibiotikatherapie oder die Einstellung der Dialyse fällt den ÄrztInnen schwerer, da sie dadurch eine Vergrößerung des Leidens befürchten (vgl. Körtner 2004, S. 205f).

Eine offene Frage bleibt daher - ist ein Mensch im Wachkoma, gleichzeitig ein/eine Sterbender? Welcher Ansicht jeder/jede einzelne Person ist, wird von der im vorherigen Kapitel erläuterten Sichtweise des Menschen im Wachkoma abhängig sein.

Beim Thema Wachkoma entflammt immer wieder eine Diskussion über eine Legalisierung der aktiven Sterbehilfe. In Österreich gibt es dazu klare Gesetze, die im österreichischen Strafgesetzbuch (StGB) festgelegt sind.

§ 77 Wer einen anderen auf dessen ernstliches und eindringliches Verlangen tötet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

§ 78 Wer einen anderen dazu verleitet, sich selber zu töten, oder ihm dazu Hilfe leistet, ist mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu bestrafen.

gemäß Strafgesetzbuch (StGB) BGBL. Nr. 60/1974

Böttger-Kessler und Beine (2007) untersuchten in ihrer Studie die Einstellungen von Pflegepersonen in Deutschland, zur aktiven Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma. 70,38% der Pflegenden befürworteten, unter bestimmten Umständen, das Leben eines/einer WachkomapatientenIn aktiv zu beenden. Die Einstellungen sind von patientenbezogenen und persönlichen Faktoren abhängig und können daher nicht verallgemeinert werden. Zum Beispiel ist die Befürwortung zur aktiven Sterbehilfe bei einem älteren Menschen, mit mehreren bereits bestehenden Sekundärerkrankungen höher als bei einer jungen Person. Auch diese Studie bestätigt, dass das Pflegepersonal wesentlich mehr Zeit mit den Menschen im Wachkoma verbringt als die anderen Berufsgruppen innerhalb des Betreuungsteams. Dieser engere Kontakt gilt auch als Grund dafür, dass mehr Pflegepersonen für die aktive Sterbehilfe sind als MedizinerInnen. Ausschlaggebend für den Unterschied der Einstellungen von den beiden Berufsgruppen ist auch, dass die Verantwortung über Leben und Tod die ÄrztInnen tragen. Zu den persönlichen Einflussfaktoren zählen beispielsweise die Berufszufriedenheit oder das Alter der Befragten Pflegepersonen. Jüngere Personen und welche mit einer geringeren Berufszufriedenheit befürworteten eher die aktive Sterbehilfe als Ältere und solche Personen die in ihrem Beruf zufrieden sind.

Die Autoren weisen auch darauf hin, dass es wichtig ist das Thema aktive Sterbehilfe nicht zu tabuisieren. Obwohl die Pflegekräfte keine Entscheidung treffen können oder besser müssen betrifft sie das Thema Sterbehilfe, durch den engen Kontakt zu den Menschen im Wachkoma (vgl. Böttger-Kessler/Beine 2007, S. 802ff).

5.3. Patientenverfügung

Die Patientenverfügung gewinnt gerade in den letzten Jahren, wo die Medizin immer besser wird, an Bedeutung. Sie führt aber auch zu Unsicherheit und „Gewissensbisse“ auf Seiten der ÄrztInnen, der Pflegepersonen und der Angehörigen. Durch sie ist eine Autonomie und somit das Recht auf Selbstbestimmung gewährleistet.

Im Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG) steht:

§ 2. (1) Eine Patientenverfügung im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Willenserklärung, mit der ein Patient eine medizinische Behandlung ablehnt und die dann wirksam werden soll, wenn er im Zeitpunkt der Behandlung nicht einsichts-, urteils- oder äusserungsfähig ist.

(2) Patient im Sinn dieses Bundesgesetzes ist eine Person, die eine Patientenverfügung errichtet, gleichgültig, ob sie im Zeitpunkt der Errichtung erkrankt ist oder nicht.

gemäß Patientenverfügungs-Gesetz (PatVG) BGBl. I Nr. 55/2006

Körtner (2004) definiert sie folgendermaßen: *"Eine Patientenverfügung ist ein Dokument, in dem die Patientin oder der Patient für den Fall, dass er seinen Willen nicht mehr bilden oder äußern kann, Verfügungen über Anwendung oder Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen oder den Einsatz bestimmter Therapien trifft."* (Körnter 2004, S. 192).

Im Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) ist festgelegt, dass rechtlich gesehen der in einer Patientenverfügung festgelegte Wille der zu betreuenden Person, bedacht werden muss.

§ 8 (3) Behandlungen dürfen an einem Pflegling nur mit dessen Einwilligung durchgeführt werden; fehlt dem Pflegling in diesen Angelegenheiten die Einsichts- und Urteilsfähigkeit, so ist – sofern die Vornahme der medizinischen Behandlung nicht durch eine verbindliche Patientenverfügung ausgeschlossen ist – die Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters er-

forderlich. Die Einwilligung oder Zustimmung ist nicht erforderlich, wenn die Behandlung so dringend notwendig ist, dass der mit der Einholung der Einwilligung des Pfleglings oder der Zustimmung seines gesetzlichen Vertreters oder mit der Bestellung eines gesetzlichen Vertreters verbundene Aufschub das Leben gefährden würde oder mit der Gefahr einer schweren Schädigung der Gesundheit verbunden wäre. Über die Notwendigkeit oder Dringlichkeit einer Behandlung entscheidet der ärztliche Leiter der Krankenanstalt oder der für die Leitung der betreffenden Anstaltsabteilung verantwortliche Arzt.

gemäß Krankenanstalten- und Kuranstaltengesetz (KAKuG) BGBl. Nr. 1/1957 zuletzt geändert durch BGBl. I Nr. 124/2009

Wie man im Patientenverfügungs-Gesetz sieht, können nur medizinische Behandlungen abgelehnt werden. Es ist nicht möglich pflegerische Maßnahmen mittels der Patientenverfügung zu verweigern.

6. Zusammenfassung

Der beschriebene theoretische Teil der Arbeit gibt einen guten Überblick davon, um welche Art von PatientenInnen es sich bei Menschen im Wachkoma handelt. Die Beschreibung der Symptome sowie der Verlauf der Remissionsstadien zeigen die Besonderheit der Erkrankung. Die Betroffenen sind intensivpflichtige LangzeitpatientenInnen deren Heilungsverlauf sehr ungewiss und wenn überhaupt sehr langsam voranschreitet. WachkomapatientenInnen können ihren Willen, ihr Befinden oder ihre Bedürfnisse verbal nicht äußern und somit übernehmen die Betreuungskräfte eine große Verantwortung. Speziell die professionellen Pflegepersonen werden durch die Arbeit mit Menschen im Wachkoma mit vielen speziellen Anforderungen konfrontiert. Um diese gut bewältigen zu können, bedarf es qualitativer Voraussetzungen, die auch ihr eigenes Befinden positiv unterstützen können. Die Anforderungen, wie zum Beispiel das benötigte fachliche Wissen oder die Zusammenarbeit mit den Angehörigen, können als Belastung verspürt werden. Ist eine Pflegeperson über einen längeren

Zeitraum Stress ausgesetzt, egal in welcher Form, kann dies zu gesundheitlichen Problemen führen. Physische sowie psychische Beschwerden können als Folgeerscheinung auftreten. Diese beeinflussen die Arbeit und auch den Umgang mit den zu betreuenden Personen.

Die bereits aus der Literaturarbeit gewonnenen Erkenntnisse sollen durch die nachfolgende empirische Forschung bestätigt und vor allem ergänzt werden. Das Hauptaugenmerk wird auf die subjektiven Belastungen der professionellen Pflegepersonen in der Langzeitbetreuung gelegt. Durch die offene Form von qualitativen Interviews soll ein besserer Eindruck über das Befinden der Pflegekräfte gewonnen werden. Nicht nur die empfundenen Belastungen sondern auch deren Auswirkungen auf die pflegerischen Handlungen sowie mögliche Probleme oder Schwierigkeiten, die dadurch entstehen, sollen erforscht werden. Im theoretischen Teil wird die Bedeutung der Pflegekräfte schon gut sichtbar und es zeigt sich wie wichtig es ist, dass es den professionellen HelfernInnen gut geht. Um das psychische sowie das physische Wohlbefinden der Betreuungspersonen zu unterstützen, muss man über mögliche entlastende Maßnahmen informiert sein. Auch das soll durch den empirischen Teil aufgezeigt werden.

Empirischer Teil

7. Beschreibung der Methode

Im folgenden Kapitel soll dem/der LeserIn genau aufgezeigt werden wie die einzelnen Schritte, ausgehend von der Forschungsfrage bis zu den Ergebnissen, durchgeführt wurden. Am Beginn wird allgemein der qualitative Forschungsansatz erläutert, mit den dazugehörigen Gütekriterien. Danach folgt eine Beschreibung der Datengewinnung, insbesondere des Problemzentrierten Interviews. Anschließend kommt ein Überblick über die Datenaufbereitung und die Datenauswertung. Letztere wird nach Anlehnung an das Ablaufmodell einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring durchgeführt. Den Abschluss dieses Kapitels stellt die ethische Auseinandersetzung zum Thema Pflegeforschung dar. Speziell wird dabei auf Prinzipien eingegangen die in der vorliegenden Diplomarbeit berücksichtigt wurden.

7.1. Forschungsansatz

Die Beantwortung der Forschungsfragen erfolgte, in der vorliegenden Arbeit, nach dem qualitativen Forschungsansatz. Der Mensch wird dabei ganzheitlich betrachtet und das subjektive Erleben jedes Einzelnen kann wahrgenommen und verstanden werden (vgl. Mayer 2002, S. 71f).

"Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten <<von innen heraus>> aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen." (Flick et al. 2007, S. 14).

Durch die Offenheit der qualitativen Forschung kann das Phänomen der Belastung aus der Sicht der betreuenden Pflegekräfte bei WachkomapatientInnen ganzheitlich erfasst werden. Ihr subjektives Empfinden bei der Arbeit mit Menschen deren Erkrankung eine besondere Behandlung erfordern, kann somit verdeutlicht werden.

Durch das induktive Verfahren können Konzepte oder neue Theorien gebildet werden (vgl. Mayer 2002, S. 72).

7.1.1. Gütekriterien in der qualitativen Forschung

Um einer ernstzunehmenden sozialwissenschaftlichen Forschung gerecht zu werden bedarf es der Einhaltung bestimmter Gütekriterien. Sie ermöglichen eine bessere Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses sowie die Glaubwürdigkeit der Ergebnisse (vgl. Mayring 2008, S.109; Steinke 2007, S. 319).

Im Anschluss werden daher sechs empfohlene Gütekriterien von Mayring (2002) beschrieben. Auch bei dieser Diplomarbeit wurde in Anlehnung dieser Richtlinien gearbeitet.

•Verfahrensdokumentation

Die zentrale Technik dabei ist die genaue Dokumentation des gesamten Forschungsprozesses. Dem/Der LeserIn der Arbeit werden so die genauen Schritte von der Forschungsfrage bis zur Darstellung der Ergebnisse dargelegt (vgl. Mayring 2002, S. 144).

In der vorliegenden Diplomarbeit wird der gesamte Forschungsvorgang beschrieben. Das genaue Vorgehen wird offen gelegt und somit für jeden/jede Interessierten nachvollziehbar gemacht.

•Argumentative Interpretationsabsicherung

Die in der qualitativen Forschung unumgänglichen Interpretationen müssen immer argumentiert werden(vgl. Mayring 2002, S. 145).

Dazu werden bei der Darstellung der Ergebnisse die Originalzitate aus den Interviews angeführt.

• **Regelgeleitetheit**

Auch bei der qualitativen Forschung muss das Datenmaterial systematisch bearbeitet werden. Die Einhaltung von Regeln ist dazu notwendig (vgl. Mayring 2002, S. 145f).

Dieses Kriterium wird erfüllt indem die zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring zur Aufbereitung der Daten herangezogen wurde.

• **Nähe zum Gegenstand**

Dabei handelt es sich um ein Grundprinzip der qualitativen Forschung. Die Nähe zum Gegenstand bedeutet so viel wie sich in die Lebenswelt der Betroffenen zu begeben um deren Interessen besser nachvollziehen zu können (vgl. Mayring 2002, S. 146).

Die Interviews wurden alle auf den jeweiligen Stationen der Befragten, während der Dienstzeit, durchgeführt. Dadurch wurde eine gute Vorstellung des Forschungsfeldes möglich.

• **Kommunikative Validierung**

Kommunikative Validierung bedeutet die Ergebnisse zu überprüfen indem man sie den interviewten Personen vorlegt und gemeinsam darüber diskutiert. (vgl. Mayring 2002, S. 147).

Diese Form der Überprüfung wurde bei dieser Arbeit nicht angewendet. Es wurden allerdings den befragten Personen die Ergebnisse zur Ansicht angeboten.

• **Triangulation**

Bei der Triangulation werden zur Beantwortung der Forschungsfragen verschiedene Methoden angewandt. Phänomene können damit umfassender erforscht werden (vgl. Mayring 2002, S. 148).

Im Ansatz wurde durch die Anwendung des Kurzfragebogens eine Methodentriangulation durchgeführt.

7.2. Methode der Datenerhebung

Die zu Beginn der Arbeit festgelegten Forschungsfragen wurden in zwei Bereiche geteilt. Bei den ersten vier Fragen geht es um subjektive Wahrnehmungen und Empfindungen die am besten durch qualitative Interviews beschrieben werden können. Diese Methode stellt den Hauptteil der Datengewinnung dar.

Als Ergänzung wurde ein kurzer standardisierter Fragebogen eingesetzt.⁶ Dieser diente der Beantwortung der beiden letzten Forschungsfragen und ermöglichte eine Erhebung der sozialstatistischen Daten.

"Zweck der separaten Abfrage sozialstatistischer Daten ist u.a., das qualitative Hauptinterview nicht durch Nachfragen nach sozialstatistischen Ereignissen und Zeitangaben zu belasten " (Diekmann 2007, S.542f).

Der Fragebogen wurde außerdem als Einstieg in die Interviews verwendet. Es ermöglichte den befragten Personen sich im Vorhinein mit dem Thema vertraut zu machen und erleichtert den Beginn des Gespräches. (vgl. Lamnek 2005, S. 366f).

Lamnek (2005) beschreibt auch andere Techniken die zur Datenerfassung unterstützend und hilfreich sein können. Sie dienen einer möglichst umfassenden Datenerhebung in der qualitativen Sozialforschung (vgl. Lamnek 2005, S. 366f). In der vorliegenden Arbeit wurden diese Techniken auch angewandt.

Neben den bereits erwähnten *Kurzfragebogen* wurde auch ein *Interviewleitfaden* erstellt. Dieser beinhaltete Themen die durch die Literaturrecherche als wichtig erschienen und im Gespräch behandelt werden sollten. Der Leitfaden dient dem Forscher somit als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen während des Interviews (vgl. Lamnek 2005, S. 367).

Die dritte beschriebene Technik, das *Tonband*, wird im Kapitel der Datenaufbereitung genauer beschrieben. Genauso die Erstellung eines *Postskript* (vgl. Lamnek 2005, S. 367).

⁶ Der Kurzfragebogen befindet sich im Anhang zur Diplomarbeit

7.2.1. Problemzentriertes Interview

In Anlehnung an Witzel (1982) wurden zur Datengewinnung problemzentrierte Interviews durchgeführt. Es sollte sich um ein möglichst offenes Gespräch handeln bei dem der Schwerpunkt auf der subjektiven Belastung, bei der Betreuung von Wachkomapatienten/Innen, der Interviewten Person liegt (vgl. Mayer 2002, S. 127).

"Ziel des problemzentrierten Interviews ist es, die persönliche Sichtweise der Befragten zu wichtigen Problembereichen innerhalb der Gesellschaft zu erfassen." (Mayer 2002, S.127).

Vor den Interviews wurde bereits der theoretische Teil dieser Arbeit mittels Literaturstudium durchgeführt. Dies ermöglicht dem Forscher relevante Aspekte in das Interview mit einzubauen (vgl. Lamnek 2005, S. 364).

7.3. Methode der Datenaufbereitung

Die durchgeführten Interviews wurden alle auf ein Tonbandgerät aufgenommen und anschließend transkribiert. Unter Kapitel 7 wird auf die dazu nötigen ethischen Richtlinien eingegangen. Um Besonderheiten der Gespräche wie zum Beispiel nonverbale Äußerungen oder Auffälligkeiten der Sprache zu erkennen wurden folgende Sonderzeichen verwendet:

- (,) kurze Pause
 - ... längere Pause
 - (Pause) lange Pause
 - [] Beobachtung, besondere Betonung
 - (...) nicht Verstandenes
 - kursiv* besondere Betonung
- (vgl. Mayer 2002, S. 164).

Zur besseren Bearbeitung und Lesbarkeit der Interviews erfolgte die Übertragung ins normale Schriftdeutsch.

Zusätzlich wurde ehestmöglich nach den Interviews ein Postskript erstellt. Diese beinhalten die Rahmenbedingungen sowie Informationen über das Empfinden des Forschers während der Gespräche, nonverbale Reaktionen oder sonstige Besonderheiten.

7.4. Methode der Datenauswertung

Die Auswertung des Datenmaterials, der transkribierten Interviews, erfolgte nach Anlehnung an das Ablaufmodell einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring (2008). Folgende sieben Analyseschritte wurden dabei durchgeführt:

1. Bestimmung der Analyseeinheiten

Nach dem Lesen des gesamten Textes wurden die zu den Fragestellungen relevanten Textpassagen bestimmt. Diese zählten somit zu den Analyseeinheiten.

2. Paraphrasierung der inhaltstragenden Textstellen

Die ausgewählten Textstellen wurden grammatikalisch verkürzt, rein auf ihre inhaltstragenden Bestandteile, und eine einheitliche Sprachebene formuliert.

3. Generalisierung der Paraphrasen

Die Paraphrasen wurden verallgemeinert.

4. Reduktion durch Selektion, Streichung bedeutungsgleicher Paraphrasen

Inhaltsgleiche Paraphrasen und solche die unwichtig erschienen wurden gestrichen. Die Restlichen wurden weiterverwendet (Selektion).

5. Reduktion durch Bündelung, Konstruktion, Integration von Paraphrasen

Paraphrasen mit ähnlichen Gegenstand wurden erneut zusammengefasst und durch neue Aussagen formuliert.

6. Zusammenstellung der neuen Aussagen als Kategoriensystem

Die neuen Aussagen bildeten ein entstandenes Kategoriensystem.

7. Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial

Die Aussagen des Kategoriensystems wurden mit dem Ausgangsmaterial überprüft.

(vgl. Mayring 2008, S. 60ff).

7.5. Ethische Überlegungen

Bei der Durchführung von Pflegeforschung müssen ethische Grundsätze eingehalten werden. Ziel ist es den/die Probanden, demnach das Subjekt der Untersuchung, zu schützen (vgl. Körtner 2004, S.182).

In der vorliegenden Arbeit wurde darauf geachtet, bestimmte Richtlinien zum Schutz der befragten Personen und auch aller eventuell zusätzlich erwähnten Personen einzuhalten.

Schnell und Heinritz (2006) beschreiben 8 Prinzipien die der/die ForscherIn zu beachten hat.

1. Prinzip: *"Der Forscher muss begründen können, warum zu diesem Thema Forschung überhaupt notwendig ist".*

Dazu findet man bereits in der Einleitung der vorliegenden Arbeit genaue Angaben. Die Notwendigkeit, gerade diese Fragestellungen zu überprüfen, wird darin deutlich beschrieben.

2. Prinzip: *"Der Forscher muss erklären können, was das Ziel seiner Forschung ist und unter welchen Umständen die Probanden an ihm mitwirken".*

Das genaue Ziel der Arbeit wird ebenfalls im Einleitungsteil erläutert. Die Probanden wurden durch ein Informationsschreiben sowie durch ein kurzes Einführungsgespräch vor den Interviews über ihr Mitwirken innerhalb der Arbeit informiert.

3. Prinzip: *"Der Forscher muss das methodische Vorgehen seines Vorhabens explizieren können".*

Die Probanden wurden über das methodische Vorgehen im Vorhinein informiert. Die genauen Details dazu sind am Beginn des empirischen Abschnittes dieser Arbeit genau angeführt.

4. Prinzip: *"Der Forscher muss einschätzen können, ob seine Forschungstätigkeit ethisch relevante positive oder negative Folgen für den Probanden hat"*

Im Verlauf der Interviews wurden keine negativen Auswirkungen der Probanden beobachtet. Die Gespräche erschienen angenehm und der Dialog war ausgeglichen.

5. Prinzip: *"Der Forscher muss vor der Realisierung seines Vorhabens die durch eine Realisierung möglicherweise auftretenden Verletzungen und Schäden abschätzen [...] und muss aufgrund der von ihm gemäß Prinzip 5 eingeschätzten Risiken eine ethische Prävention initiieren" (6. Prinzip).*

Für die vorliegende Arbeit und die dazu durchgeführten Interviews wurden keine Verletzungen der Menschenwürde bzw. Menschenrechte befürchtet.

7. Prinzip: *"Der Forscher darf keine falschen Aussagen über den Nutzen seiner Forschung abgeben".*

Die Probanden wurden alle über den Grund der Forschung informiert. Außerdem wurde das Angebot über die Bereitstellung der abgeschlossenen Diplomarbeit gemacht.

8. Prinzip: *"Der Forscher muss die geltenden Datenschutzbestimmungen beachten".*

Alle Angaben von Personennamen wurden anonymisiert und die Probanden wurden darüber auch informiert.

(vgl. Schnell/Heinritz 2006, S. 21ff).

Zur Gewährleistung einer freiwilligen Teilnahme wurden die GesprächspartnerInnen im Vorfeld über das Ziel der Arbeit, über das genaue Vorge-

hen und über ihre Rolle in diesem Prozess informiert (vgl. Mayer 2002, S.57). Dies geschah mittels eines Informationsschreibens an die jeweiligen Abteilungen und über ein kurzes Gespräch vor den Interviews. Durch die Unterschrift der TeilnehmerInnen, der ausgehändigten Einwilligungserklärung, wurde die Absicherung der freiwilligen Zustimmung an der Untersuchung gesichert.

Die Identität der GesprächspartnerInnen bleibt in der gesamten Diplomarbeit geheim. Die Interviews werden lediglich nummeriert. Erwähnte Namen von PatientenInnen werden anonymisiert. In der Darstellung der Ergebnisse werden im Anschluss an die Zitate die Kürzel der Interviews (zum Beispiel IV1) mit der genauen Zeilennummerierung der verwendeten Textpassagen angegeben.

Der Kurzfragebogen erhielt ebenfalls kurze Informationen über das Vorhaben der Diplomarbeit und garantierte die vertrauliche Behandlung der erlangten Daten.

7.6. Beschreibung des Feldzugangs und der InterviewpartnerInnen

Die Interviews wurden in zwei verschiedenen Einrichtungen, mit speziellen Wachkomaabteilungen, durchgeführt. Die Kontaktaufnahme erfolgte telefonisch mit der zuständigen Pflegedienstleitung des jeweiligen Hauses. Im Anschluss wurde eine genaue Vorstellung über das Vorhaben per Mail gesendet.

Die Gespräche fanden alle einzeln, auf den Stationen, in einem geschlossenen Raum statt. Nach einer Begrüßung und Vorstellung erhielten die interviewten Personen eine Einwilligungserklärung zum unterschreiben. Dadurch bekamen sie die Information, dass sie das Gespräch jederzeit, ohne Angabe eines Grundes, abbrechen können. Außerdem wurde darauf hin-

gewiesen, dass die transkribierten Daten ausschließlich für diese Diplomarbeit verwendet werden⁷.

Nach der Beantwortung des Kurzfragebogens begann das Interview. Als Einstieg sollte die erste Frage dieses Erhebungsinstrumentes dienen. Leider war das bei zwei Gesprächen nicht möglich. Die InterviewpartnerInnen konnten keine konkrete Antwort auf die gestellte Frage geben.

Um ein aussagekräftigeres Ergebnis zu erhalten wurde der Kurzfragebogen jeweils allen Pflegekräften der Stationen ausgehändigt. Mit Hilfe der Stationsleitungen war es möglich diese in kurzer Zeit ausgefüllt zurückzu- erhalten.

Für diese Diplomarbeit wurden sechs qualitative Interviews durchgeführt. Durchschnittlich dauerten sie eine halbe Stunde.

Zuvor wurde die genaue *Stichprobe* folgendermaßen festgelegt:

Die InterviewpartnerInnen sollen eine mindestens zweijährige pflegerische Berufserfahrung im Umgang mit Menschen im Wachkoma haben.

Der Arbeitsplatz soll eine spezielle Wachkoma Einrichtung oder Abteilung für die Langzeitbetreuung von WachkomapatientenInnen sein (Betreuungsphase F).

Die Pflegepersonen können diplomierte Fachkräfte oder Pflegehilfskräfte sein. Das Geschlecht oder das Alter der Befragten spielt keine Rolle. Die Beschäftigungszeit kann Voll- oder Teilzeit sein, jedoch keine Stationsleitungen oder Stellvertretung (sofern diese aus dem Turndienst ist).

Die folgende Tabelle zeigt einen Überblick über das Geschlecht und den Berufsstand der befragten Personen.

Tabelle 4: Durchgeführte Interviews

Interview	Geschlecht	Berufsstand
Interview 1	Männlich	Diplomierter Gesundheits- und Krankenpfleger

⁷ Die Einwilligungserklärung befindet sich im Anhang zur Diplomarbeit.

Interview 2	Weiblich	Diplomierte Gesundheits- und Krankheitspflegerin
Interview 3	Männlich	Pflegehelfer
Interview 4	Männlich	Pflegehelfer
Interview 5	Weiblich	Diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin
Interview 6	Weiblich	Pflegehelferin

8. Darstellung der Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden nun die Ergebnisse dargestellt. Die entwickelten Kategorien der einzelnen Forschungsfragen hängen zum Großteil miteinander zusammen. Eine konkrete Trennung erscheint deshalb als nicht sinnvoll und ist auch nicht gut möglich. Die genannten Belastungen wurden in den Interviews subjektiv beschrieben und manchmal die dazu passenden Bewältigungsstrategien gesagt. Wie diese die pflegerischen Handlungen beeinflussen oder Schwierigkeiten und Probleme hervorrufen, ergab sich in den Gesprächen fast automatisch. Aus diesem Grund werden diese Forschungsfragen, in der folgenden Darstellung der Ergebnisse, gleich miteinander verbunden. Die möglichen Bewältigungsstrategien werden im Anschluss extra beschrieben. In Form einer Tabelle erscheint vor den größeren Kapiteln eine zusammenfassende Übersicht. Anschließend folgt die ausführliche Beschreibung der gewonnenen Kenntnisse.

Zum besseren Verständnis und zur Überprüfung werden dazu original Zitate aus den Interviews angeführt. Am Ende der längeren Kapitel werden durch eine kurze Zusammenfassung die wichtigen Punkte nochmals genannt.

Den Abschluss bilden die gewonnen Ergebnisse des Kurzfragebogens.

8.1. Subjektives Erleben der Belastungen

Die nachstehende Tabelle zeigt die Ergebnisse aus den Interviews wieder. Sie beinhaltet die Beantwortung der ersten Forschungsfragen. Eine deutliche Unterscheidung zwischen Anforderungen und Belastungen ist nur sehr schwer möglich. Bei den beschriebenen Ergebnis wird davon ausgegangen, dass es sich um Belastungen handelt.

Tabelle 5: Ergebnisse Teil 1

Was erleben Pflegepersonen bei Menschen im Wachkoma als Belastung und wie wird diese subjektiv erlebt? Welchen Einfluss haben die Belastungen auf die pflegerischen Handlungen und welche Schwierigkeiten bzw. Probleme entstehen dadurch?
Kommunikation <ul style="list-style-type: none">• Ungewissheit• Verantwortung und Macht- Spiegelung der eigenen Gefühle
Körperliche Belastung <ul style="list-style-type: none">• Gesundheitliche Probleme• Zwei Seiten der Konzepte
Belastung durch Angehörige
Teamzusammenhalt
Schlechter werdender Allgemeinzustand <ul style="list-style-type: none">• Das Gefühl einer Überforderung
Befürchtungen <ul style="list-style-type: none">• Alltagstrott• Das eigene Schicksal• Falsche Interpretation
Ohnmacht und Hilflosigkeit <ul style="list-style-type: none">• Gefühl alleine zu helfen• An die eigenen Grenzen stoßen• Leute leiden sehen
Zeitdruck
Pflege vs. Medizin

8.1.1. Kommunikation

Die Belastung durch die gestörte Kommunikation wurde in den Interviews am häufigsten genannt. Teilweise wurde dabei direkt von einer Belastung gesprochen. In anderen Gesprächen wiederum schilderten die interviewten Personen die Besonderheit der Kommunikation und wie dadurch einer Anforderung an sie entsteht.

WachkomapatientenInnen können ihre Wünsche sowie ihr Befinden verbal nicht äußern. Sie können nicht mitteilen wenn sie Schmerzen haben oder wenn es ihnen schlecht geht. Die Betreuungskräfte könne ausschließlich über die nonverbale Ebene mit den BewohnerInnen kommunizieren. Durch die Mimik oder durch kleine Zeichen können sie erkennen wie es ihnen geht. Bei der Kommunikation läuft viel über die Gefühlsebene. In den folgenden Aussagen wird das verdeutlicht:

"das rennt alles über die nonverbale Schiene beziehungsweise über die Gefühlsschiene" (IV1 12-13)

"... die Leute selber können nicht sagen was sie möchten..." (IV4 29-30)

"... eine Katastrophe (,) weil die Leute nicht kommunizieren (,) sie kommunizieren nicht mit der Sprache ... " (IV5 81-82)

Zum Beispiel können eine erhöhte Herzfrequenz, ein erhöhter Blutdruck oder ein Schweißausbruch Zeichen für vorhandene Schmerzen sein. Die Pflegekräfte müssen anhand von Kleinigkeiten das Richtige erkennen.

In einem Gespräch wird diese Anforderung beschrieben:

"... ja auf so Kleinigkeiten muss man oft achten" (IV5 84-85)

Die Kommunikation geschieht hauptsächlich einseitig, von einer Person ausgehend. Die Betreuungskräfte sprechen mit den BewohnerInnen. Sie

begrüßen sie, erklären alle Tätigkeiten und/oder fragen nach dem Befinden. Sie erhalten jedoch keine Antwort, zumindest keine verbal geäußerte Antwort. Es kann keine Unterhaltung geführt werden. Dadurch ist es bei der Arbeit mit WachkomapatientenInnen sehr ruhig.

Für manche Betreuungskräfte schon fast zu ruhig, wie in dem folgenden Interviewausschnitt deutlich wird:

" ... wir müssen reden mit den Leuten, aber ich bekomme keine Antwort ..." (IV4 18-19)

Jedoch kann die Art der Kommunikation zwischen einem/einer WachkomapatientIn und seiner/ihrer Umwelt auch als eine Besonderheit gesehen werden, wie es eine interviewte Person beschreibt:

"...kommuniziere auf eine andere Art und Weise ... das finde ich besonders also voll besonders und voll super ..." (IV2 31-36)

8.1.1.1. Ungewissheit

Eine Belastung die durch die veränderte Kommunikation erzeugt wird, ist die Ungewissheit.

Indem die BewohnerInnen sich nicht verbal äußern können, weiß man nicht genau ob man wirklich das Richtige erkennt und dadurch das Bestmögliche tut für den/die PatientIn. Die Frage bleibt immer offen ob die eigenen Gefühle auch wirklich zutreffen und sich der/die BewohnerIn durch die durchgeführte Pflege wohlfühlen kann.

Diese Unsicherheit wurde in den Interviews folgendermaßen geäußert:

"weil wenn der Mensch da liegt der nichts sagt zu dir (,) ah ja [stößt leicht Luft] ... rieche es [hebt fragend die Schultern]" (IV1 397-398)

" ... dann wissen wir nicht immer was sie möchten was sie wollen was das Beste für Bewohner ist" (IV6 7-8)

Im Bezug auf Menschen im Wachkoma bleibt auch ungewiss, wie viel sie tatsächlich mitbekommen. Die Medizin ist schon sehr fortschrittlich. Aber hundert prozentig weiß man es nicht.

Dieser Schluss, wird von einem/einer InterviewpartnerIn aufgezeigt:

"... wir wissen nicht wie viel dieser Mensch mitbekommt" (IV3 33-34)

8.1.1.2. Verantwortung und Macht

Trotz der großen Ungewissheit müssen die Pflegekräfte Entscheidungen treffen. Sie bestimmen für eine andere Person wie er/sie am besten liegt, ob er/sie satt ist oder Hunger hat, wann er/sie aus dem Bett kommt. Das sind nur wenig Beispiele dafür, was die Betreuungsperson alles entscheiden muss.

Das Beispiel wird von einer Person gut beschrieben:

"... da entscheide ich eigentlich oder wir entscheiden ... den geben wir heute aus dem Bett den tun wir nicht aus dem Bett (,) mit dem tun wir heute das (,) das ist unsere Entscheidung" (IV1 281-284)

Dadurch entsteht eine große Verantwortung. Der/die BewohnerIn ist zu 100 % abhängig von der betreuenden Person und ihr auch 100 % ausgeliefert.

In den Interviews wird der Punkt folgendermaßen beschrieben:

"... hängt alles von der Pflegeperson ab..."(IV1 18)

"...sie sind...eigentlich komplett 100 prozentig auf uns angewiesen" (IV5 306)

"... einfach 100 Prozent ... ausgeliefert" (IV5 311)

Eine Person beschreibt es als Macht über jemand anderen zu haben:

"... der kann sich nicht wehren... der ist mir ausgeliefert... in dem Sinne... also es ist furchtbar gefährlich man das man irgendwo sofort Macht ausübt ohne dass man das will..." (IV1 273-275)

Entscheidungen für jemanden zu treffen wird auch positiv gesehen. Es erhöht den Bereich der Eigenverantwortung einer Pflegeperson.

Diese positive Sichtweise wird durch die folgende Aussage verdeutlicht:

"... man hat mehr Eigenverantwortung keine Frage ich muss es entscheiden ich kann es entscheiden..." (IV1 297-299)

Zu den Schwierigkeiten bei der Betreuung von WachkomapatientenInnen gehört die Spiegelung der eigenen Gefühle. Bei der Arbeit überträgt die Pflegeperson ihr eigenes Befinden auf den/die BewohnerIn. Sie gibt wie durch ein unsichtbares Band die eigenen Gefühle, egal ob negative oder positive, der zu pflegenden Person weiter.

Wenn die Betreuungskraft nervös ist, sich bei der Arbeit im Stress befindet, beeinflusst das den/die PatientenIn ganz ausschlaggebend. Diese reagieren dadurch vielleicht mit einem erhöhten Puls oder einer geröteten Haut.

Andererseits wenn die Pflegeperson selber ruhig und gut aufgelegt ist wird sich der Menschen im Wachkoma leichter entspannen können.

In zwei Interviews wurde diese Schwierigkeit sehr gut beschrieben:

"... wenn ich heute nicht gut drauf bin ... dann wird das beim Patienten landen ... und der kann sich nicht einmal wehren" (IV1 259-262)

"wenn ich aufgeregt bin und in Stress bin (,) merkt man sofort" (IV5 279)

Zusammenfassung

Die außergewöhnliche Kommunikation zwischen Menschen im Wachkoma und ihren Betreuungskräften ist für die Zweitgenannten eine große Belastung. Nur durch nonverbale Zeichen oder Gestikulation der BewohnerInnen können die Pflegekräfte Befinden, Wünsche, ... erkennen und danach handeln. Sie müssen sich auf ihr Gefühl oder ihr Gespür verlassen.

Eine Ungewissheit ist daher oft bei der durchgeführten Arbeit des Pflegepersonales zu spüren. Die eindeutige Sicherheit, dass man auch wirklich das Richtige deutet ist nicht vorhanden. Trotzdem müssen die Pflegekräfte täglich Entscheidungen für eine andere Person treffen. Dies bewirkt eine große Verantwortung. Die zu pflegenden Personen sind 100% abhängig und somit zu 100% ihrer Betreuungskraft ausgeliefert. Es besteht die Gefahr, dass die Pflegeperson ihre dadurch entstandene Machtposition ausnützt. Der Mensch im Wachkoma kann sich in keiner Weise wehren. Durch die Verantwortung erhöht sich der Kompetenzbereich der Pflegeperson. Das Gefühl der Wichtigkeit des eigenen Berufsbildes verstärkt sich.

Eine mögliche Schwierigkeit bei der Betreuung von WachkomapatientenInnen ist die Spiegelung der eigenen Gefühle. Die Pflegepersonen übertragen ihr eigenes Befinden auf die zu Betreuenden.

8.1.2. Körperliche Belastung

Körperlich ist die Arbeit mit WachkomapatientenInnen sehr belastend. Die Mobilisation oder die Körperpflege wird meistens nur von einer Pflegeperson durchgeführt. Diese muss dabei jede Bewegung für den/die BewohnerIn übernehmen. Die Großteils komplette Immobilität der PatientenInnen erschwert die Pflegehandlungen. Auffällig zeigt sich, dass die körperliche Belastung in den Interviews nur von weiblichen Gesprächspartnerinnen als Belastung geäußert wurde.

Mögliche Gründe für diese Belastungen werden in den Gesprächen folgendermaßen beschrieben:

" ... dadurch arbeiten wir alleine am Patienten und das ist halt schon manchmal körperlich sehr herausfordernd" (IV2 8-9)

"... jede Bewegung müssen wir machen" (IV6 73)

Durch die körperlich schwere Arbeit kommt es zu gesundheitlichen Problemen. Die interviewten Personen berichten über Symptome wie Kreuzschmerzen, Überbelastung der Knie- und Handgelenke sowie Schulterschmerzen.

"... fast die Hälfte der Station hat mit dem Rücken zu tun (,) viele haben mit den Kniegelenken zu tun (,) manche mit den Handgelenken oder mit den Schultern..." (IV5 18-20)

Nach einem vollendeten Dienst wird über Müdigkeit, Verspannung und dem Gefühl von Erschöpfung berichtet.

Eine Person sagt dazu:

"... wenn ich nach zehn Stunden heim komme dann bin ich einfach müde ... habe halt schon hin und wieder Kreuzschmerzen und so gesehen von den Verspannungen her" (IV2 12-15)

Sehr bildhaft wird die Anstrengung durch diese Aussage verdeutlicht:

"... teilweise da geht man dann am Abend ... wirklich auf allen Vieren hinaus und kann einfach nicht mehr und ist nur noch müde" (IV5 507-509)

8.1.2.1. Zwei Seiten der Konzepte

Im engen Zusammenhang mit den körperlichen Beschwerden stehen die Konzepte der Kinästhetik sowie die Basale Stimulation.

Kinästhetik ist besonders unterstützend bei jeglichen Bewegungen mit den BewohnerInnen. Die in Fortbildungen erlernten Handgriffe ermöglichen

für die Pflegekräfte ein körperschonenderes Arbeiten. Die Wichtigkeit dieses Konzepte wird in einem Interview geäußert:

"... ist absolut unterstützend ... ohne Kinästhetik ... ist auf der Station fast unmöglich zu arbeiten..." (IV5 41-44)

Die Basale Stimulation kann sehr hilfreich zur Entspannung sein. Nicht nur BewohnerInnen werden durch die Anwendung dieses Konzeptes ruhiger, sondern auch die durchführende Pflegeperson.

Eine Person gibt dazu eine gut Vorstellung:

"... bei einer Körperpflege bei einer Basalen Stimulation da kann ich mich selber sogar richtig runterholen" (IV2 221-223)

In den Interviews wurden jedoch auch negative Seiten der Konzepte deutlich. Beide erfordern viel Zeit für ihre korrekte Durchführung. Dies führt zur Belastung, weil die Pflegekräfte sich unter Zeitdruck fühlen, obwohl sie wissen wie wichtig die Anwendung für die BewohnerInnen und auch für sie selber wäre.

In einer Aussage ist die Schwierigkeit zu erkennen:

"... wenn es so richtig nach Kinästhetik sein soll dann brauchen sie viel Zeit" (IV6 85-86)

Die Basale Waschung zum Beispiel fordert nicht nur viel Zeit. Sie ist für die Pflegeperson auch psychisch sehr anstrengend, da sie selber mit ihrer ganzen Aufmerksamkeit bei dem/der PatientIn ist. Die Durchführung kostet viel Energie, wodurch es wiederum zu einem Gefühl der Erschöpfung kommen kann.

Wie anstrengend eine Körperpflege mit Basaler Waschung sein kann, erläutert ein/eine GesprächspartnerIn:

"... ich kann ... nicht vier Leute heute basal waschen und total ruhig und gelassen sein (,) das schaff ich nicht das ist dann schon fast ein bisschen zu anstrengend das geht mir dann schon zu viel hinein" (IV2 265-268)

Zusammenfassung

Durch die komplette Übernahme jeglicher Bewegung der BewohnerInnen, äußern die Pflegekräfte körperliche Belastungen. Menschen im Wachkoma können sich meist selber gar nicht bewegen. Gesundheitliche Probleme beim Pflegepersonal wie Gelenks- oder Rückenschmerzen sind oft die Folge von jahrelanger Überbelastung des eigenen Körpers. Die Anwendung von Konzepten wie Kinästhetik oder Basaler Stimulation können als Entlastung angewandt werden. Diese werden jedoch nicht immer nur hilfreich angesehen. Ihre korrekte Durchführung erfordert viel Zeit und speziell die Basale Stimulation fordert viel Energie von der Pflegeperson.

8.1.3. Belastung durch die Angehörigen

Die Angehörigen sind in den meisten durchgeführten Interview zum Thema geworden. Auffällig dabei war, dass sehr vorsichtig darüber gesprochen wurde. Die GesprächspartnerInnen lenkten die Belastungen durch die Angehörigen auch auf KollegenInnen und sprachen so nur indirekt von sich selber. Es erschien ihnen wichtig zu sagen, dass sie selber keine großen Probleme mit ihnen haben, wie die nachstehenden Zitat zeigen:

" also das will ich jetzt nicht negativ (,) also (,) aber es ist halt schon..."(IV2 141)

"... von meiner Seite funktioniert das..." (IV4 50)

"...ich persönlich ich habe nicht wirklich Probleme mit Angehörigen" (IV5 427)

Trotzdem konnten sie viel über die Belastungen durch die Angehörigen sagen:

"... sie sind teilweise sehr anstrengend muss man zugeben..."(IV5 396)

"... Angehörige... sie möchten immer alle das Beste alles picobello ... immer geht nicht wirklich und manchmal sie verstehen nicht ... "(IV6 102-106)

Ganz deutlich wurde ersichtlich, dass die Angehörigen ein sehr wichtiges Glied im Betreuungsteam eines Menschen im Wachkoma sind. Durch sie bekommt man wichtige Informationen über die BewohnerInnen. In den Interviews wurde dabei die Theorie bestätigt. Eine Aussage zeigt dies sehr gut wieder:

"... weil sie ihr Sprachrohr sind ihrer Kinder ihr Mütter ihrer Väter..." (IV5 391)

Von Seiten der Pflege wird viel Verständnis und Respekt für die Angehörigen aufgebracht. Ein gutes Zusammenarbeiten ist nicht nur wichtig, sondern auch notwendig. Mit der Zeit baut sich eine Beziehung zwischen den Pflegepersonen, den Menschen im Wachkoma und deren Angehörigen auf. Diese wird oft besser und manchmal schlechter funktionieren. Eine interviewte Person beschreibt das Verhältnis zu den Angehörigen als sehr gut:

"... durch das dass wir ein total gutes Verhältnis zueinander haben können wir von den Angehörigen natürlich auch sehr viel haben..." (IV2 103-104)

Es gibt zwei Betrachtungsweisen gegenüber den Angehörigen. Einerseits können die Pflegekräfte sich sehr gut in ihre Situation hinein versetzen. Dadurch entsteht das Verständnis für das Verhalten der Angehörigen. Sie zeigen ein starkes Mitgefühl und senken so die Toleranzgrenze gegenüber den oft anstrengenden Forderungen.

Speziell bei den Interviews die mit weiblichen Gesprächspartnerinnen durchgeführt wurden, zeigte sich das:

"... denke ich mir halt immer wieder wie wäre ich (,) wenn mein Kind hier liegt ... ich wäre eine Katastrophe (,) ich wäre zehnmal so schlimm wie der schlimmste Angehörige" (IV5 397-399)

"... er ist zum Beispiel alleine und er genießt das einfach dass er reden kann" (IV2 145-146)

Andererseits fordern die Angehörigen sehr viel von den Pflegekräften. Auch GesprächspartnerInnen die viel Verständnis für sie haben, empfinden die Angehörigen teilweise als anstrengend. Beispielsweise äußerten Pflegepersonen, dass sie viel Zeit fordern:

"... es fordert irrsinnig viel Zeit die Angehörigen..." (IV2 99-100)

" ... das ist halt immer sehr schwierig dass man das wieder abbricht und sagt jetzt muss ich aber wieder etwas machen ..."(IV2 148-149)

Ihre Lieben, die sie täglich besuchen, können ihnen nicht antworten. Die Gespräche suchen die Angehörigen dann oft beim Pflegepersonal. Das beschreibt eine interviewte Person sehr direkt:

"... sie wollen halt immer reden ..." (IV2 134-135)

Manchmal äußern sie Sonderwünsche oder hinterfragen Vieles. Auch dies äußern die Pflegekräfte als Zeit und Energie kostend. Bei den folgenden Aussagen zeigt sich die Belastung. Die Pflegekräfte wissen, dass sie nicht genügend Zeit für Gespräche mit den Angehörigen haben.

"das Reden das Fragen das Hinterfragen (,) die Sonderwünsche (,) das ist überhaupt ganz schlimm" (IV5 403-404)

"... das sind Sachen die einfach Zeit kosten und Energie kosten ... die Zeit und Energie fehlt mir dann aber wieder wo anderes..." (IV5 422-425)

Die Angehörigen treffen oft Entscheidungen für den/die BewohnerIn. Sie übernehmen dadurch teilweise eine Aufgabe der Pflegekräfte, die diese nicht so gerne hergeben. Für die Pflegeperson ist das keine Hilfe, sondern ein Eingriff in ihren Kompetenzbereich. Die folgenden Zitate zeigen das:

"... da kommen Angehörige Mutter Vater Bruder Schwester ... und entscheiden einfach..." (IV4 30-31).

"...vielleicht nicht gut für ihm aber sie sagen doch für ihm ist besser so..." (IV6 126)

Zusammenfassung

Die Angehörigen sind ein wichtiges Bindeglied im Betreuungsteam von WachkomapatientenInnen. Dessen sind sich die Pflegepersonen auch bewusst. Grundsätzlich haben sie ein gutes Verhältnis zu den Angehörigen. Viele zeigen

Verständnis für das oft sehr fordernde Verhalten. Die Pflegekräfte verstehen die Situation der Angehörigen. Trotzdem empfinden sie die Zusammenarbeit mit ihnen manchmal als belastend. Durch Gespräche, Sonderwünsche oder durch viele Fragen fordern die Angehörigen viel Zeit und Energie von den Professionellen.

8.1.4. Teamzusammenhalt

Die gute Zusammenarbeit eines pflegerischen Teams auf einer Station ist immer wichtig und beeinflusst die Arbeit gegenüber den BewohnerInnen. Bei WachkomapatientenInnen ist Einigkeit und Zusammenhalt besonders notwendig.

Stress der durch Streitigkeiten im Team ausgelöst wird erschwert die Arbeit. Ein schlechtes Klima unter den KollegenInnen überträgt sich negativ auf die PatientenInnen.

Diese Wichtigkeit wird von folgender Aussage bestätigt:

"wenn man in so einem Bereich ein Team hat was sich nicht versteht...wird das noch happiger meines Erachtens weil wenn ich dann (,) untereinander dann vielleicht auch noch Streitigkeiten haben ... das glaube ich wird dann so belastend dass du dann nicht mehr weiter weißt "(IV1 221-228)

Meinungsverschiedenheiten im Team können sehr belastend sein. Eine interviewte Person beschreibt ihre Uneinigkeiten mit KollegenInnen folgendermaßen:

"... die anderen regen sich halt darüber auf und es führt halt immer zu Diskussionen und es nervt einfach schon" (IV2 168-170)

8.1.5. Schlechter werdender Allgemeinzustand

Der Allgemeinzustand der WachkomapatientenInnen, die in stationärer Betreuung sind, hat sich in den letzten Jahren verschlechtert. Die Interviews bestätigten, was bereits im theoretischen Teil dieser Arbeit erwähnt wurde. Durch die moderne, verbesserte Medizin steigt die Überlebenschance für Menschen nach einer Reanimation oder nach einem schweren Unfall. Menschen die früher manchmal verstarben, können heute besser am Leben erhalten werden. Ihr Gesundheitszustand ist jedoch gesamt betrachtet sehr schlecht.

Diese Veränderung der BewohnerInnen wurde in einem Interviewe wie folgt geschildert:

"die Bewohner sind einfach schlechter geworden..." (IV5 514)

"... die Leute waren da wurden gepflegt wurden mobilisiert wurden therapiert und dann sind sie irgendwann einmal gestorben (,) und das gibt es jetzt im Moment nicht mehr" (IV5 114-116)

Aus diesem Grund bedarf es häufig einer intensiveren Überwachung der BewohnerInnen. Viele benötigen eine Vitalzeichenkontrolle mittels Monitor. Dadurch entstehen zusätzliche Tätigkeiten die von Pflegepersonen durchgeführt werden müssen.

Welche Auswirkung diese zusätzlichen Tätigkeiten bringen können, zeigt die Aussage von einer interviewten Person:

"...tracheotomierte Leute denen es nicht gut geht vom Allgemeinzustand müssen an den Monitor ja jetzt piepst das Ding natürlich ... und dann rennt man in der Nacht und es piepsen drei Monitore" (IV5 127-131)

8.1.5.1. Das Gefühl einer Überforderung

Im Zusammenhang mit dem verschlechterten Allgemeinzustand der BewohnerInnen und den dadurch zusätzlichen Tätigkeiten kommt das Gefühl einer Überforderung zur Sprache, wie in einem Gespräch auch sehr deutlich mitgeteilt wurde:

"...ich habe nur zwei Hände" (IV5 505)

In den Interviews zeigte sich das Phänomen bei diplomierten Pflegekräften. Sie haben oft eine größere Verantwortung, nicht nur gegenüber den Menschen im Wachkoma, sondern auch gegenüber ihren nicht diplomierten KollegenInnen. Ihr Arbeitsbereich ist nicht nur auf pflegerische Tätigkeiten begrenzt. Sie übernehmen auch immer mehr medizinische und administrative Aufgaben.

Die vielen verschiedenen Forderungen und auch die Mitverantwortung von KollegenInnen beschreibt ein/eine GesprächspartnerIn:

"...das sind ja hunderttausend Sachen (,) die zum erledigen gehören" (IV5 501)

"...ich bin mitverantwortlich noch für andere Leute für die Pflegehelfer" (IV5 478-479)

In einem Interview wird das hohe Arbeitspensum folgendermaßen beschrieben:

"... wir machen halt alles selber und wir sind nur zu zweit im Dienst und es fallen so viel Sachen nebenbei ... darum ... also wir sind schon auch sehr gefordert eigentlich" (IV2 297-300)

Zusammenfassung

Der in den letzten Jahren schlechter werdende Allgemeinzustand der WachkomapatientenInnen bedeutet für die Betreuungskräfte mehr Arbeit. Dadurch ist die Pflege teilweise verändert oder zusätzliche Tätigkeiten wurden erforderlich. Die Belastung wurde hauptsächlich bei diplomierten Pflegekräften erwähnt. Sie haben neben ihrer pflegerischen Arbeit auch die Mitverantwortung für die Pflegehilfskräfte. Sie äußern dadurch ein Gefühl der Überforderung.

8.1.6. Befürchtungen

Mehrmals wurden in den Interviews Befürchtungen oder Bedenken geäußert. Das Gefühl möglicherweise Fehler in der Arbeit zu begehen oder falsche Entscheidungen zu treffen kann sehr belastend sein. Häufig wurde dies direkt mit dem Begriff Angst beschrieben. In den folgenden Unterkapiteln wird genauer auf die einzelnen Beispiele eingegangen. Die Gefühle sind oft unbewusst. Werden sie jedoch deutlich spürbarer kann es für die betroffene Person sehr belastend sein.

8.1.6.1. Alltagstrott

Die Pflege eines Menschen im Wachkoma wird manchmal als nicht sehr abwechslungsreich empfunden. Da sich der Gesundheitszustand oft über Jahre nur minimal verändert, bleiben die durchzuführenden Tätigkeiten ähnlich.

Es wird auch beschrieben, dass sich das Klientel einer Station nicht sehr oft ändert. Somit bleiben die gleichen Tätigkeiten bei den/die gleichen BewohnerInnen. Deshalb besteht die Gefahr in einen Alltagstrott zu kommen. Von dieser Gefahr berichtet ein/eine InterviewpartnerIn:

"... man stumpft ja auch ein bisschen ab wenn ich jeden Tag das Selbe mehr oder weniger fast tue ... das ist sehr gefährlich ... weil der Mensch hat einen Alltagstrott in dem er hineinkommt auch wenn er sich immer wieder (,) wieder selber fragt und hinterfragt das Ganze du kommst trotzdem hinein ..."(IV1 339-346)

"ich habe noch keine Patientenwechsel erlebt solange ich hier bin..."(IV1 370-371)

"... das macht mir irgendwie vielleicht sogar Angst dass du da in so einen Trott hineinkommst... "(IV1 384-385)

Es fehlt dadurch eine gewisse Herausforderung, die folgendermaßen beschrieben wurde:

"... man will sich ja auch man will ja auch einfach etwas Neues wieder machen" (IV1 356-357)

Meist wird auch eine Bezugspflege durchgeführt. Das heißt eine Pflegeperson ist in ihrem Dienst immer für die selben PatientenInnen zuständig und betreut diese. Auch in diesem Zusammenhang wird in einer Aussage die Möglichkeit einer Abstumpfung erwähnt:

"... stumpft man einfach auch ein bisschen ab..."(IV5 237)

8.1.6.2. Das eigene Schicksal

Wenn man ständig mit kranken Menschen zu tun hat, denkt man vielleicht unbewusst über das eigene Schicksal nach. Egal ob man das Gefühl hat der/die BewohnerIn leidet oder ist ruhig und wirkt zufrieden, selber möchte man nicht in dieser Situation sein. Die Angst ist im Hinterkopf, dass es einem selber oder einem nahen Verwandten oder Bekannten ähnlich ergehen kann.

In einem Interview wurde dieses Gefühl sehr gut geschildert:

"... so will ich nicht liegen da" (IV5 196)

"... ich bin froh dass wir keine Kinder hier haben, weil ich habe ein neun jähriges Kind zuhause" (IV5 264-265)

8.1.6.3. Falsche Interpretation

Im Kapitel zur Kommunikation wurde es teilweise bereits verdeutlicht. Die Pflegeperson muss durch nonverbale Zeichen des/der PatientenIn, durch gemessene Vitalzeichen oder durch Veränderungen der Hautfarbe erkennen wie es ihm/ihr geht.

Eine Ungewissheit bleibt immer, ob man auch wirklich das Richtige erkennt und angemessen darauf reagiert.

Eine Person beschreibt es folgendermaßen:

"... irgendwo fragst du dich ja auch immer wieder erwische ich das Richtige habe ich das Richtige getan habe ich das Richtige vermutet...weil es könnte ja auch sein dass du den Menschen schadest..." (IV1 51-55)

Noch deutlicher schildert es eine andere Betreuungskraft:

"von dem habe ich furchtbar Angst (,) ich muss auf's Holz klopfen also in elf Jahren mir ist noch nichts passiert" (IV5 322-323)

"...die Angst ist immer dass also...ich wir sind alle nur Menschen und Fehler passieren einfach..."(IV5 330-331)

Jedem/Jeder Person kann ein Fehler passieren.

Die Angst davor jemand anderen durch eine falsche Pflegehandlung Schaden zuzufügen, wird in den Interviews erwähnt:

"wenn die einfach vier Stunden auf dem Ohr liegen und das Ohr ist umgeklappt ... am nächsten Tag haben sie eine Druckstelle" (IV5 362-364)

Zusammenfassung

Ein Angstgefühl kann durch die verschiedensten Situationen entstehen. Je deutlicher dieses Gefühl bewusst verspürt wird, desto größer wird der Gedanke als belastend empfunden. Teilweise wurde die Befürchtung einer Abstumpfung durch einen gewissen Alltagstrott in den Interviews deutlich. Wenn man viel mit kranken Menschen zusammenarbeitet besteht die Gefahr, dass man viel über das eigenen Schicksal nachdenkt. Es bereitet einem Angst, selber in so einen Zustand zu gelangen. Auch in diesem Kapitel wird die große Verantwortung der Pflegepersonen gegenüber "ihren " PatientenInnen deutlich. Dies bringt die große Angst mit sich Zeichen oder mimische Ausdrücke falsch zu interpretieren und somit dem/der BewohnerIn zu schaden.

8.1.7. Ohnmacht und Hilflosigkeit

Die Pflegepersonen fragen sich manchmal nach dem Sinn ihrer Arbeit. Es ist belastend wenn man viel im Ungewissen bleibt. Auch in diesem Zusammenhang kommt ein Gefühl von Überforderung zur Sprache. Die Pfl-

geperson ist selber im Zweifel, fühlt sich manchmal hilflos. In den folgenden Kapiteln wird genauer auf diese Gefühle eingegangen.

8.1.7.1. Gefühl alleine zu helfen

Die Pflegeperson verbringt im stationären Bereich die meiste Zeit mit den Menschen im Wachkoma. Deshalb können sie viel beim BewohnerIn bewirken. Sie sind sich im klaren darüber, dass ihre Handlungen einen positiven Einfluss auf die zu pflegende Person haben können. Jedoch fühlen sie sich in ihrer Arbeit manchmal alleine gelassen.

Eine Aussage dazu lautet:

" ... wir sind ja die Einzigen die ihnen noch etwas geben können (,) auch wenn sie uns nicht wirklich viel zurückgeben können aber wir sind die Einzigen die ihnen trotzdem vom menschlichen her überhaupt irgendetwas geben (,) weil es ist sonst niemand da..." (IV1 252-256)

Schwierig ist vor allem, dass sie trotz Bemühungen keine Rückmeldung bekommen.

Sie erhalten von den BewohnerInnen keine Dankbarkeit oder keine, in Worten ausgesprochenen, Anerkennung ihrer Arbeit.

Das der Wunsch nach Anerkennung vorhanden ist, wird im nachstehenden Zitat sichtbar:

"... meine Bewohner kann mir nicht sagen ob er ist zufrieden mit mir..." (IV3 121-122)

Auffallend zeigte sich in einem Interview, dass sie andere Hilfe, zum Beispiel durch Angehörige, auch nicht gerne annehmen.

"... da kommen Angehörige Mutter Vater Bruder Schwester ... und entscheiden einfach ... " (IV4 30-31)

8.1.7.2. An die eigenen Grenzen stoßen

Der Gesundheitszustand eines Menschen im Wachkoma verändert sich meist nur ganz langsam, gar nicht oder er verschlechtert sich eher. Die Pflegepersonen geben ihr Bestes um zu Helfen.

Es liegt wohl auch in der Natur des Pflegeberufes - man will Leute gesundpflegen. Da kann es frustrierend sein, wenn man sich täglich um den/die BewohnerIn bemüht, sein gesamtes Fachwissen und die Erfahrungen anwendet und trotzdem wird der Gesundheitszustand nicht besser. Eine sehr realistische Aussage dazu machte eine interviewte Person:

"... wir werden keine Erfolgserlebnisse haben da" (IV1 108)

Es ist schwer zu akzeptieren, dass man nichts mehr machen kann. Die Situation erscheint oft fast aussichtslos. Wie schwer das für die Pflegeperson sein kann zeigt das folgende Zitat:

"da bin ich oft an meine Grenzen weil ich mir denke was kann ich noch tun jetzt (,) man sieht es geht ihm schlecht sie leiden sie jammern haben Schmerzen und ich kann nichts tun" (IV5 144-146)

8.1.7.3. Leute leiden sehen

Eine große Belastung ist das Zusehen müssen wie jemand anderer leidet. Es überschneidet sich sicher mit dem zuvor geschilderten Unterkapitel. Die Pflegepersonen erkennen an nonverbalen Zeichen wie es den BewohnerInnen geht. Manche zeigen eine eindeutig ablehnende oder schmerzverzehrte Haltung. Zeichen dafür, dass sie oder er unter ihrer/seiner derzeitigen Situation oder dem derzeitigen Zustand leidet. Eine Pflegekraft sagt dazu:

"es gibt ja andere Leute wenn man in manche Zimmer hineinschaut die ... meiner Meinung nach leiden ... "(IV5 229-230)

Das Gefühl, welches dadurch aufkommen kann, spiegelt die nächste Aussage:

"... das war furchtbar (,) wenn man da zusehen muss ... und man kann aber nichts tun dagegen" (IV5 148-149)

In diesem Zusammenhang wurde in den Interviews auch über die Verpflichtung, Leben zu erhalten, gesprochen:

"wir müssen eigentlich reanimieren obwohl Leute da sind die schon zweimal reanimiert wurden und hier sind weil sie reanimiert wurden (,)" (IV5 210-212)

"... ist wirklich sehr schlimme Zustand und dieser Bewohner leidet wenn lebt noch... das (,) ist wirklich besser für ihn (,) oftmals" (IV6 215-218)

Zusammenfassung

Die Pflegepersonen fühlen sich in ihrer Arbeit manchmal alleine gelassen. Sie erhalten von den PatientenInnen auch keine Rückmeldung, weder positiv noch negativ. Eine große Belastung ist es andere Menschen leiden zu sehen und dabei nichts für sie machen zu können. In solchen Situationen kann man leicht an die eigenen Grenzen stoßen. Trotz großer Bemühung kommt es nur in den seltensten Fällen zu einem Erfolgserlebnis.

8.1.8. Zeitdruck

Unter Zeitdruck zu Arbeiten ist belastend. Es können sich Fehler einschleichen oder Dinge werden ungenau durchgeführt.

In den Interviews wurde des Öfteren auf das Problem mit der Zeit hingewiesen. Es scheint ein sehr wichtiger Bestandteil bei der Arbeit mit Menschen im Wachkoma zu sein. Gerade die Durchführung der Pflegehand-

lungen benötigen viel wertvolle Zeit. Deshalb wird das Thema in diesem Kapitel noch einmal zusammenfassend erläutert.

Man sollte dem/der BewohnerIn ruhig und entspannt gegenüber treten. Sich bei der Arbeit ganz auf die zu pflegende Person konzentrieren. Die Pflegeperson soll sich nicht gestresst fühlen und somit ausreichend Zeit für den/die PatientenIn haben.

Da diese Zeit oft genau eingeteilt ist, beschreibt ein/eine GesprächspartnerIn:

"...ich habe nicht mehr als eine halbe Stunde jetzt für meinen Bewohner (,) weil ich ja eigentlich wo anders sein muss ..." (IV5 481-483)

Viele Pflegepersonen fühlen sich ständig unter Zeitdruck. Durch störende Einflüsse werden sie von ihrer eigentlichen Arbeit abgehalten. Es fehlt ihnen dann die Zeit den/die PatientenIn so zu pflegen wie es eigentlich nötig ist. Alleine das Wissen, dass man nicht alles rechtzeitig schaffen kann ist enorm belastend.

Der Druck, unter dem eine Pflegekraft arbeiten muss, wird im nächsten Zitat deutlich:

"... für viele Sachen einfach nicht mehr Zeit hat man muss es aber machen" (IV5 473-474)

Als Auslöser solcher "Zeitkiller" werden in den Interviews folgende Punkte erwähnt:⁸

- Die vielen Gespräche mit den Angehörigen
- Die Durchführung von Konzepten wie Basale Stimulation oder Kinästhetik

⁸ Bei Punkten wo kein Beleg durch original Zitate vorkommt, wurden diese bereits im Laufe der Arbeit angeführt.

- Die vielen verschiedenen Arbeitsaufgaben wie beispielsweise alle pflegerischen Tätigkeiten, Dokumentation, Durchführung von Therapien
- Monitor überwachte BewohnerInnen (Bewohner mit schlechten Allgemeinzustand)
- Personalmangel

Das Gefühl einer Belastung durch den ständigen Zeitdruck, äußert eine Pflegekraft so:

"das ist ein Wahnsinn der Zeitdruck gerade wenn man wenig Personal ist schon extrem" (IV5 485-486)

8.1.9. Pflege vs. Medizin

Die Pflegepersonen haben oft einen anderen Zugang zu den PatientenInnen als die Ärzte. Sie sehen mehr den Menschen im Vordergrund und nicht deren Krankheit. Einer interviewten Person war diese Unterscheidung besonders wichtig:

"... ich arbeite mit den Menschen ... und ich sehe diese Menschen in einer aus einem anderen Blickwinkel als der Neurologe" (IV3 26-27)

Es wird deutlich, dass es oft schwer fällt die MedizinerInnen als Diagnostiker zu haben. Dass sie es sind die angefangen von der Definition der Erkrankung, der Behandlung und Therapie sowie über Leben und Tod der BewohnerInnen entscheiden. In einem Interview wird der Zugang der Pflegepersonen zu den BewohnerInnen beschreiben und gleichzeitig der der MedizinerInnen in Frage gestellt.

"... ich sehe an Gesichtern von ... Leuten auch Trauer (...) wann diese Menschen wären wie Mediziner sagen oder früher gesagt ... so Gehirntod ... von wo kommen diese dann ... "(IV3 55-58)

8.2. Umgang mit den Belastungen

Die folgenden Kapiteln zeigen die Ergebnisse zur Beantwortung der dritten Forschungsfrage, welche lautet: Wie wird mit der Belastung umgegangen?

Zur Bewältigung einer Belastung sind oft mehrere Dinge notwendig. Die betroffenen Personen reagieren auch meist unterschiedlich. Was dem einen hilft, kann dem anderen schaden. Deshalb sind die meisten Bewältigungsstrategien jeweils nur in einem Interview vorgekommen. In Tabelle 6 werden die Ergebnisse zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 6: Ergebnisse Teil 2

Wie wird mit der Belastung umgegangen?
Berufserfahrung
Privater Ausgleich
Eigene Gedanken
Informationen über den/die BewohnerIn
Rituale
Genauigkeit
Abwechslung der BewohnerInnen
Verdrängung

8.2.1. Berufserfahrung

Die Berufserfahrung als ein hilfreiches Mittel gegen eine Belastung wurde in den meisten Interviews erwähnt. Dies war eines der überraschendsten Ergebnisse, das sich durch die Gespräche ergab.

Die durch die Arbeitsjahre gewonnene Routine im Umgang mit den Menschen im Wachkoma wird als sehr positiv beschrieben.

Es dauert eine gewisse Zeit bis man die BewohnerInnen richtig einschätzen kann. Bis man weiß was die verschiedenen mimischen oder gestischen Zeichen bedeuten können.

Der ganze Umgang, wie ich mich gegenüber einem Menschen der nicht mit mir spricht verhalte, muss gelernt werden. Die Erfahrung erleichtert Vieles dabei.

In einem Interview wird der Lernprozess gut beschrieben:

"... desto länger man dann mit einem Patienten Klienten zu tun hat desto leichter tut man sich dann vielleicht irgendwie weil man den Menschen kennen lernt ..." (IV1 20-22)

"man lernt dazu (,) man lernt mit dem Patienten ..." (IV1 26)

Wie sich die Belastung verringern kann, zeigen diese Aussage:

"aber ich bin auch schon zu lange da dass (,) noch vor fünf Jahren da hat mich das viel mehr belastet" (IV5 234-235)

"... ich bin schon drei Jahre hier jetzt ist es (,) ja sagen wir normal" (IV4 23-24)

In den Interviews wird deutlich, dass gerade der Anfang sehr schwer war. Man findet erst nach einer Zeit im Arbeitsalltag Bewältigungsstrategien die einem selber helfen mit schwierigen Situationen besser umgehen zu können. Man bekommt auch mehr Sicherheit in dem was man tut.

" ... am Anfang ist es mir schon so gegangen dass ich mir gedacht habe puh habe ich die jetzt wirklich so hingelegt wie es gehört... aber das muss man irgendwann auch einmal ein bisschen weggeben weil sonst kann man gar nicht mehr privat leben" (IV5 347-350)

Durch die Routine wird man auch viel schneller in allen Tätigkeiten. Man findet sich zum Beispiel auf der Station besser zurecht, weiß wo welche Gegenstände sind und kennt die Vorlieben der einzelnen Bewohner. Dadurch bleibt wertvolle Zeit für andere Dinge, wie es eine Pflegeperson sagt:

"... jetzt nach 3 Jahren ich kenne überall alles...ich verliere keine Zeit ..."
(IV 4 131-133)

In gewisser Weise kann die Abstumpfung deshalb auch positiv gesehen werden. Man sieht mit den Berufsjahren vieles als Normal an, weil man es so oft schon gesehen hat. Zum Beispiel ist der Umgang mit dem Tod eines/einer BewohnerIn meistens leichter zu ertragen, weil er auf einer Wachkomastation sehr häufig vorkommt.

Diese Überlegungen bestärken die folgenden Aussagen:

"... das war am Anfang für mich sehr schwierig ..." (IV4 82)

"... ich bin es schon gewohnt ..." (IV6 47)

8.2.2. Privater Ausgleich

Die Unterscheidung zwischen Beruf und privatem Leben ist sehr wichtig. Gerade im sozialen Bereich braucht man einen gewissen Abstand zur Arbeit.

Bei der Pflege von Menschen im Wachkoma ist wie bereits mehrfach erwähnt die veränderte Kommunikation eine große Belastung. Aus diesem Grund ist es wichtig andere Gesprächspartner zu haben.

Im privaten Bereich kann und soll man sich von der Arbeit erholen. Die Freizeit kann man beliebig gestalten und Dinge machen, die einem gut tun.

Wie wichtig dieser private Ausgleich ist, zeigen die nachstehenden Aussagen aus den Interviews:

"... in meiner Freizeit mehr oder weniger Gesprächspartner habe mit denen ich ... mit denen ich einfach über das sprechen kann beziehungsweise nicht über die Arbeit sondern über das über das ich sprechen will..." (IV1 80-84)

" ... ich bin eben selber so dass ich halt lieber noch etwas anderes daneben mache bevor ich mich hier einfach auspowere" (IV2 199-200)

In einem Interview wurde auch über eine Reduktion der Arbeitswochenstunden gesprochen. Weniger Stunden arbeiten bedeutet auch weniger Stress. Man hat dadurch mehr Zeit zur Erholung und kann entspannter in den nächsten Dienst kommen um die notwendigen Tätigkeiten mit vollem Einsatz zu erfüllen.

"... ich möchte nicht mehr arbeiten weil es mir einfach zu viel würde" (IV2 179-180)

8.2.3. Eigene Gedanken

Einen starken Einfluss darauf wie eine Person mit den verschiedenen Belastungen umgeht, sind die eigenen Gefühle oder Gedanken. Jeder/Jede empfindet anderes und geht verschieden mit Problemen um.

In einem Interview wurde von Liebe und Glaube zur Arbeit berichtet. Nur wer gerne macht was er tut, macht dies auch gut. Es hilft wenn man selber an etwas glaubt. So kann man auch daran glauben, dass eine kranke Person wieder gesund wird.

Religion kann einem die Kraft geben anderen zu helfen, wie es ein/eine GesprächspartnerIn sagt:

"... dazu gehört ... um diese Arbeit weiterführen zu können auch Liebe zu dieser Arbeit ... und auch ... noch etwas gehört dazu ... für mich (Pause) Glaube (Pause) Religion (Pause) ..." (IV3 74-78)

Eine positive Einstellung gegenüber allem was man tut, was man hört oder erlebt, kann auch dazu beitragen die Arbeit als weniger belastend zu emp-

finden. Diese positive Einstellung wird in einem Gespräch mit einem Beispiel beschrieben:

"... ich versuche immer ... etwas positive zu sehen immer positiv zu wirken in meiner Umgebung ... weil oft ... was ich in den Wald rufe das bekommen wir auch zurück" (IV3 265-267)

Die Pflegeperson sollte sich dem gegenüber was sie für den/die PatientenIn machen kann, im klaren sein. Manchmal verbessert sich der Gesundheitszustand des Menschen im Wachkoma auch mit der besten Pflege nicht. Wenn man jedoch zu hohe Ziele hat, ist man im Nachhinein nur enttäuscht.

In einem Interview wird von davon gesprochen, wie wichtig es ist realistisch zu bleiben:

"... ich bin da auch sehr realistisch weil ich sage wenn man nicht realistisch ist ah bürgst du dir noch mehr auf (,) und das musst du dann mit dir tragen" (IV1 47-49)

8.2.4. Informationen über den/die BewohnerIn

Mit Informationen über den/die BewohnerIn, zum Beispiel warum er oder sie im Wachkoma liegen, kann es der Pflegekraft leichter fallen die Situation zu ertragen, wie folgendes Zitat zeigt:

"... wenn ich weiß (...) warum er in die Situation gekommen ist (,) ist das für mich relativ leicht zu ertragen..." (IV1 152-153)

Durch die Biografie des Menschen im Wachkoma, weiß man wer war diese Person vor seinem/ihrer jetzigen Schicksal. Es kann die Gefühle der Pflegeperson gegenüber dem zu pflegenden Menschen beeinflussen. Die Meinung dazu zeigten sich in den Interviews als unterschiedlich.

Eine Person sagt:

"... ich bin überzeugt davon dass das schon einen Unterschied macht ..."
(IV1 158)

"das ist das um und auf ich sage immer man kann nicht pflegen ohne Vorgeschichte ..." (IV1 203-204)

Im Gegensatz dazu kann es für eine Pflegeperson auch ganz unwichtig sein, warum ein/eine BewohnerIn im Wachkoma ist. Die Vorgeschichte spielt keine Rolle, da es für die Pflege keinen Unterschied macht. Auch diese Meinung wird in einem Gespräch bestätigt:

" [seufzt] meinen sie das ich lese diese ... ah Geschichte über die ... ja ... wie habe ich gesagt ich mache keinen Unterschied" (IV4 231-233)

8.2.5. Rituale finden

Ein gute Methode um Belastungen gegen zu wirken wurde in einem Interview geschildert.

Viele Probleme werden aus der Arbeit mit nach Hause genommen. Man kann nicht abschalten. Bleibt mit den Gedanken bei den PatientenInnen. Die interviewte Person beschreibt ihr durchgeführtes Ritual so:

"wenn ich in die Garderobe gehe und mein Arbeitsgewand ausziehe und das in den Wäschesack gebe lege ich das ab" (IV5 101-102)

8.2.6. Genauigkeit

Um Fehlern vorzubeugen muss man genau arbeiten. Wenn man von sich selber weiß, dass man das auch tut, arbeitet man mit einem guten sicheren Gefühl. Es kommt nicht so leicht ein belastendes Gefühl auf. Der Gedanke ob man auch wirklich das Richtige macht bleibt aus. Man ist sich sicher, ich habe genau gearbeitet, es muss deshalb alles passen.

Eine Aussage gibt genau, diesen Gedanken wieder:

"weil ich aber auch wirklich ganz genau bin (,) also ich habe ich gehe eigentlich jeden Tag mit ruhigen Gewissen heim..." (IV5 325-326)

Eine ähnliche Meinung dazu, wird im nachstehenden Zitat deutlich. Selber muss man sich immer wieder hinterfragen was man tut. Ob das auch wirklich das Beste für den/die PatientenIn ist.

"... ich muss mich da wirklich sehr genau immer wieder selber alles hinterfragen..." (IV1 67-68)

Dabei spielt sicher wieder die Berufserfahrung eine wichtige Rolle. Am Anfang hinterfragt man sich selber oft noch zu viel. Dadurch kommt es zur Unsicherheit.

8.2.7. Abwechslung der PatientenInnen

Um den bereits erwähnten Alltagstrott vorzubeugen, benötigt man eine gewisse Abwechslung in der Arbeit. Da sich der Zustand der BewohnerInnen nicht relevant ändert, muss die Pflegeperson selber für eine Veränderung sorgen. Der Wunsch nach Abwechslung wird von einem/einer GesprächspartnerIn direkt geäußert:

"...man will ja auch einfach etwas Neues wieder machen" (IV1 357)

Auch bei der Bezugspflege besteht die Möglichkeit von einem Wechsel der PatientenInnen. Aus welchen Gründen auch immer, sollte man rechtzeitig, gemeinsam im Stationsteam über eine Änderung der Zuteilung zwischen Pflegepersonen und BewohnerInnen sprechen. Manchmal kann es das Beste sein, die Station zu Wechseln. Neue Herausforderungen, geben neue Kraft und Energie. Mögliche Gedanken darüber, macht sich eine interviewte Person:

"... ich kann mir gut vorstellen dass ich das vielleicht in einem anderen Haus weiter mache ... jetzt machst du einmal im Neuland weiter ..." (IV1 350-352)

8.2.8. Verdrängung

Bei manchen Gesprächen erschien das Gefühl einer Verdrängung der Probleme. Einerseits aufgrund der starken Betonung, dass einige der genannten Belastungen bei KollegenInnen zu beobachten sind und die interviewte Person selber kaum oder gar nicht betreffen.

Grund zu dieser Annahme, macht beispielsweise die nachstehende Aussage:

"... ich persönlich habe kein Problem aber ich kenne meine Kollegen oder Kolleginnen kann natürlich Probleme" (IV4 107-108)

Auch in anderen Interviews sprechen die Befragten Personen eher von den Schwierigkeiten der KollegenInnen. Zum Beispiel sagen sie, dass sie selber ein gutes Verhältnis zu den Angehörigen haben, jedoch wissen sie über die Probleme der anderen sehr gut Bescheid (vgl. IV4 167; IV5 427).

Ein Gefühl der Verdrängung entstand, speziell bei einem Gespräch, weil die Antworten stark von den eigentlich gestellten Fragen abwichen. Vielleicht war das eine Art Selbstschutzmechanismus der befragten Person (vgl. IV3).

Zusammenfassung

Der Umgang mit den verschiedenen Belastungen ist unterschiedlich. Jede Pflegeperson empfindet anders und wendet daher eine andere entlastende Strategie an. Mit der Anzahl der Berufsjahre können verschiedene Be-

lastungen reduziert werden. In anderen Interviews wurde der private Ausgleich zur Arbeit als sehr wichtig beschrieben. Bei manchen Pflegepersonen ist für ihren Umgang mit den BewohnerInnen ausschlaggebend, wie viel sie über deren Vorleben und ihre Krankengeschichte wissen. Durch die Informationen kann sich die Ausführung der Arbeit erleichtern. Die Durchführung eines symbolischen Rituals während oder nach der Arbeit wird in einem Interview als entlastend beschrieben. Der Gedanke, dass man weiß genau zu arbeiten gibt Selbstvertrauen. Hilfreich um Situationen weniger belastend zu empfinden kann auch eine gewisse Art von Verdrängung sein. Probleme kommen dadurch gar nicht erst zum Vorschein und werden somit auch nicht als schlimm angesehen.

Um einer bereits geschilderten Belastung wie dem Alltagstrott vorzubeugen, kann es hilfreich sein die PatientenInnen zu wechseln. Auch bei der oft angewandten Bereichspflege soll es den Pflegepersonen möglich sein ihre zu betreuenden Personen mit KollegenInnen zu tauschen.

8.3. Ergebnisse der Kurzfragebögen

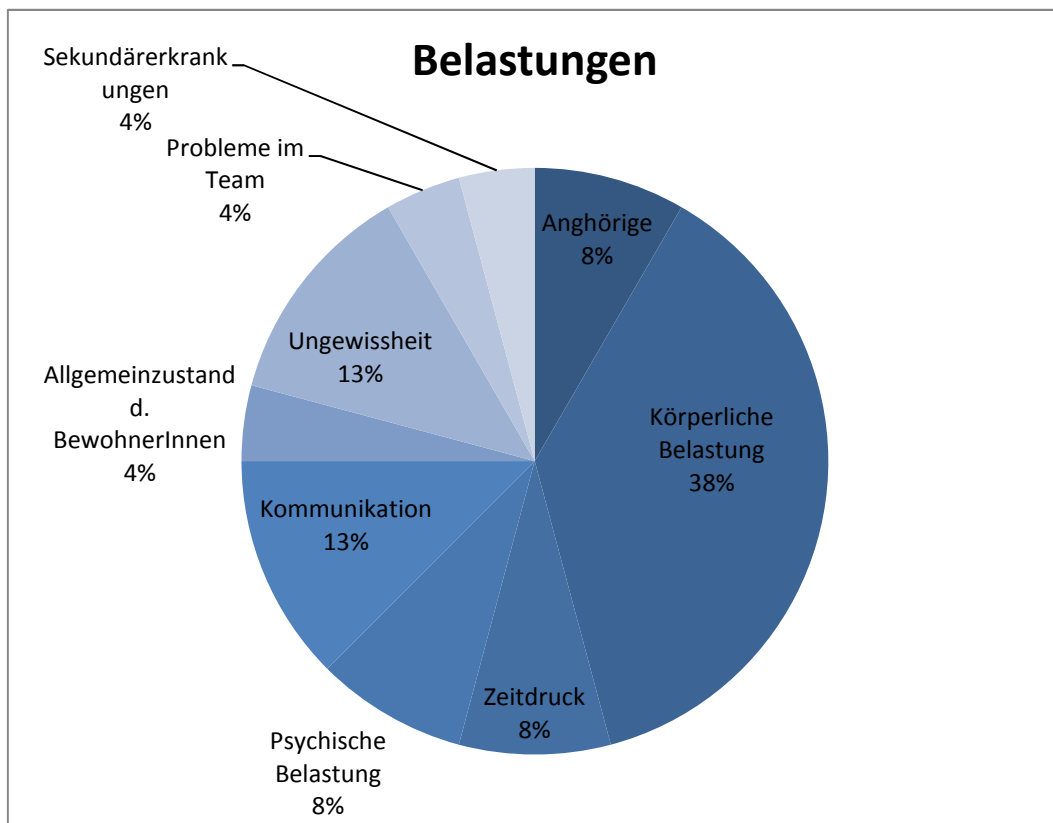
Mit dem Kurzfragebogen sollten die folgenden Forschungsfragen beantwortet werden:

- Was wird am belastendsten empfunden?
- Wie stark ist die Belastung?

Insgesamt konnten 24 Fragebögen für die Auswertung verwendet werden. Von den ausgeteilten Exemplaren wurden sechs nicht oder nur teilweise ausgefüllt. Zur Auswertung der Ergebnisse wurde die Hilfe eines Statistik - Experten herangezogen.

Die erste Frage wurden ganz offen gestellt. Die folgende Übersicht (Abbildung 2) zeigt die Häufigkeit der genannten Belastungen:

Abbildung 2: Häufigkeit der Belastungen



Die Körperlichen Belastungen wurden mit 38% am häufigsten, auf die Frage: Was empfinden Sie bei der Arbeit mit Menschen im Wachkoma am belastendsten? genannt. Mit 13% waren die zweithäufigsten Antworten die Belastung durch die Kommunikation und die Ungewissheit bei der Arbeit. Belastungen durch die Angehörigen, der Zeitdruck sowie die psychische Belastung wurden nur von jeweils zwei Personen (8%) geantwortet. Nur 4% und somit lediglich eine/ein Befragte/r gaben Probleme im Team und Sekundärerkrankungen am belastendsten an.

Die zweite Forschungsfrage wurde geschlossen gestellt. Als Antwortmöglichkeiten waren "sehr belastend", "eher belastend", "eher nicht belastend" und "nicht belastend" anzukreuzen.

Um die sozialstatistischen Daten zu gewinnen, wurde zusätzlich nach dem Alter, dem Geschlecht, der Berufsbezeichnung sowie nach der Anzahl der Berufsjahre mit Menschen im Wachkoma gefragt. Diese Daten konnten im Nachhinein noch weiter verwendet werden, da sich nach der Datenaus-

wertung der Interviews, weitere Fragen ergaben. Zum Beispiel, ob die Berufserfahrung einen Einfluss auf die Stärke der Belastung hat oder ob Unterschiede zwischen den Berufsgruppen zu erkennen sind. Auch das Alter der Befragten könnte sich positiv oder negativ auf das Empfinden der Belastung auswirken.

Im nachstehenden Textabschnitt wird die Berechnung mit den erlangten Ergebnissen, zu den zusätzlichen Überlegungen, beschrieben.

Da aufgrund der eher geringen Fallzahl nicht von einer Normalverteilung der Variablen auszugehen war, wurde der exakte Test nach Fisher berechnet (Hartung 2002 et al, S. 414ff). Zu beachten ist auch, dass wegen einer versehentlichen Ungenauigkeit im Fragebogen in einem Fall als Alter exakt "30" angegeben wurde. Dieser wurde im Sinne des Fragebogens dem Bereich "20-30" zugeteilt. Dabei wurde ein Signifikanzniveau von 10%⁹ angenommen. Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass einzig das Alter mit einem p-Wert von 0.076 unterhalb dieses Niveaus lag¹⁰. Mit anderen Worten, die Wahrscheinlichkeit, dass sich die empfundene Belastungsstärke mit dem Alter nicht ändert, liegt bei etwa 7.6%. Darum kann davon ausgegangen werden, dass sie sich sehr wohl ändert und somit die Stärke der empfundenen Belastung mit dem Alter zunimmt.

Alle Berechnungen wurden mit dem Statistikprogramm R 2.12.1 durchgeführt.

Durch die Fragebögen könnten leichte Tendenzen festgestellt werden. Die Anzahl der TeilnehmerInnen war jedoch viel zu gering um konkrete Aussagen treffen zu können.

⁹ Da der Datenlage wegen nicht mit stark signifikanten Ergebnissen zu rechnen war, beschlossen wir das Signifikanzniveau eher am oberen Ende anzusiedeln.

¹⁰ p-Werte für Berufsgruppe und Geschlecht lagen bei 1, p-Wert für Berufserfahrung bei etwa 0.53

9. Diskussion

Im folgenden Kapitel werden die beschriebenen Ergebnisse diskutiert. Dazu wird auf die durch die Interviews geschilderten Belastungen teilweise noch einmal genauer eingegangen. Die bereits in der Literatur genannten Anforderungen des Pflegepersonals werden mit den dadurch verursachten Belastungen verbunden. Speziell werden Punkte angeführt die unerwartet oder von verschiedenen Ansichten in den Interviews zur Sprache kamen. Außerdem soll die Frage geklärt werden wie sich die Qualität der Pflege durch das erhaltene Wissen verbessern kann und welche entlastenden Strategien dazu hilfreich sein können.

Die im theoretischen Teil dieser Arbeit beschriebenen Anforderungen an das Pflegepersonal von WachkomapatientenInnen wurden durch die Interviews alle bestätigt. Es entstand eine sehr gute Vorstellung davon, wie sich die besonderen Anforderungen der WachkomapatientenInnen bei den Pflegepersonen als Belastungen entwickeln und somit zu Problemen und Schwierigkeiten führen können. Es zeigt eine deutliche Linie von den Anforderungen bis zu den Lösungsvorschlägen die für die Pflegekräfte entlastend oder vorbeugend, um eine drohende Belastung zu verhindern, sind. In der Abbildung 3 wird diese Linie veranschaulicht.

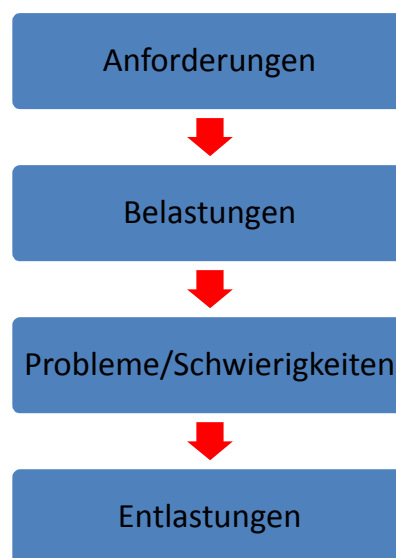


Abbildung 3: Der Weg von der Entstehung der Belastung bis zur Entlastung

Zur bessere Vorstellung dieses eben gezeigten Verlaufes wird ein Beispiel genannt. Noch einmal wird dazu auf die besondere Art und Weise der Kommunikation zwischen den Pflegepersonen und den Menschen im Wachkoma eingegangen.

Um eine bestmögliche Pflege für den/die PatientIn durchführen zu können, bedarf es ausreichend Informationen über die zu betreuende Person zu haben. Durch das Wissen kann man im Sinne des anderen handeln.

Da die verbale Kommunikation mit einem/einer WachkomapatientIn nicht möglich ist, müssen die Pflegekräfte auf andere Mittel zurückgreifen. Dazu zählt beispielsweise die enge Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Oft ist erst durch sie eine Anamnese möglich. Die Betreuungskräfte erhalten Informationen über Vorlieben oder Angewohnheiten der BewohnerInnen. Als zweites Hilfsmittel, um sich mit den Menschen im Wachkoma zu verständigen, ist die nonverbale Kommunikation. Durch die Mimik, sowie durch kleine Zeichen wie zum Beispiel Veränderungen der Hautfarbe, Vitalzeichenschwankungen oder starkes Schwitzen, können die Pflegepersonen erkennen wie es den/der BewohnernInnen ergeht. Um solche oft minimale Veränderungen zu erkennen, bedarf es oft viel Zeit und Erfahrung mit den zu Betreuenden.

Die Anforderung, um diese Art von Kommunikation zu beherrschen, kann eine starke Belastung für die professionellen Pflegekräfte sein. Sie müssen ein Gespür dafür bekommen. Außerdem lernen sie den/die BewohnerIn durch genaue Beobachtungen jeglicher Reaktionen besser kennen, um dadurch Empfindungen richtig deuten zu können. Die Pflegepersonen haben eine große Verantwortung, da sie Entscheidungen für eine andere Person treffen müssen. Diese Entscheidungen treffen sie aufgrund ihrer Erfahrung oder sie handeln nach ihrem Gefühl. Sie bleiben oft im Unwissen, über die Richtigkeit ihres Arbeitens. Das kann zu einer Unsicherheit führen. In den Interviews äußerten die Betroffenen Angst etwas falsch zu entscheiden und dadurch dem/der BewohnerIn Schaden zuzufügen. Wenn die Unsicherheit des eigenen Handelns zu stark wird und somit die Arbeit negativ beeinflusst, entstehen gewisse Schwierigkeiten in der durchführenden Tätigkeit. Eine Pflegekraft die mit Menschen im Wachko-

ma arbeitet benötigt eine gewisse Art von Mut zur Handlung. Sie muss selbstbewusst ihre Arbeit durchführen.

In den Interviews wurde deutlich, dass die befragten Personen über die etwaigen Schwierigkeiten, die sich durch die Belastungen ergeben können, Bescheid wissen. Sie beschrieben die Anforderungen sowie die empfundenen Belastungen und schilderten die möglichen Folgen dadurch. Sie äußerten aber keine konkreten, persönlichen Probleme. Entweder beschrieben sie Schwierigkeiten von KollegInnen oder sie sprachen über Auswirkungen die möglicherweise auftreten können. Allgemein wirkten alle GesprächspartnerInnen wesentlich positiver in den Interviews als im Vorhinein vermutet. Keiner/keine hatte aktuelle schwerwiegende Probleme durch die Arbeit mit Menschen im Wachkoma.

Psychische Probleme wurden auch nicht direkt erwähnt. Einige der beschriebenen Belastungen können aber sicher Auslöser dafür sein. Die interviewten Personen wirkten, im Gespräch, psychisch sehr stabil und ausgeglichen. Sie beschrieben manche Belastungen zwar als psychisch sehr fordernd, ergänzten aber dazu sehr gute entlastende Strategien.

Im Folgenden werden nochmals kurz die besonders auffälligen Ergebnisse dargestellt. Manche Belastungen wurden in den Interviews von verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet und unterschiedlich empfunden.

Die Kommunikation zwischen den Pflegekräften und den Menschen im Wachkoma wurde in den Gesprächen zum Großteil als belastend beschrieben. Die Gründe dafür wurden im theoretischen Teil sowie in der Darstellung der Ergebnisse bereits ausführlich erläutert. In einer Aussage jedoch, wurde es als etwas Besonderes gesehen. Diese Einstellung erleichtert sicher den Umgang mit WachkomapatientenInnen. Ein positiver Zugang zu den BewohnerInnen, macht die durchzuführenden Tätigkeiten einfacher und hilft bereits vorbeugend gegen eine Belastung vor.

Unterschiedliche Ansichten gab es auch zu den pflegerischen Konzepten wie Kinästhetik und Basale Stimulation. Grundsätzlich wurden beide Konzepte als sehr wichtig und hilfreich für die Arbeit mit Menschen im Wach-

koma beschrieben. Sie werden auch von allen GesprächspartnerInnen angewandt. Ihre korrekte Durchführung kann auch sehr viel von den Betreuungskräften abfordern. Die Konzepte benötigen viel Zeit und vor allem die Basale Stimulation kann den Pflegekräften viel Energie kosten. Alleine dieses Wissen kann zu einer Belastung führen. Die Pflegepersonen wissen, wie wichtig die Anwendung der Konzepte ist. Trotzdem ist es ihnen nicht immer möglich diese auch durchzuführen.

Wie beeinflussend das Alter, das Geschlecht oder zum Beispiel die Vergangenheit der zu betreuenden Person ist, wurde in den Interviews auch unterschiedlich beantwortet. Aufgrund der Aussage von Abazzia et al. (2010), die die Faktoren sehr wohl als beeinflussend beschrieben, wurde dieses Ergebnis im Vorhinein anders vermutet (vgl. Abazzia et al. 2010).

Das wahrscheinlich überraschendste Ergebnis durch die Interviews, war die Auswirkung der Berufsjahre. Im Vorhinein dieser Arbeit wurde eher vermutet, dass durch die lange Zusammenarbeit mit Menschen im Wachkoma und die dadurch aufkommenden Belastungen viele Probleme entstehen. Außerdem wurde vermutet, dass die Pflegekräfte durch die oft gleichbleibende Tätigkeit abstumpfen und überfordert sind. In den Gesprächen wurde die höhere Anzahl von Berufsjahren jedoch als positiv angesehen. Mit den Jahren steigert sich die Erfahrung. Diese ist bei der Arbeit mit Menschen im Wachkoma besonders wichtig. Man weiß, wie man mit dieser PatientenInnengruppe am besten umgehen kann. Man lernt die BewohnerInnen besser kennen und kann die Pflege individuell durchführen. Durch die Erfahrung steigert sich auch die Routine in der Arbeit und manche Tätigkeiten können dadurch schneller durchgeführt werden. Die Pflegekräfte erhalten mehr Sicherheit in ihren Handlungen. Die oft fehlende Zeit bei der Arbeit kann verringert werden.

Leichte Unterschiede der verschiedenen Gruppen der befragten Personen waren zu erkennen. Beispielsweise beschrieben nur weibliche Gesprächspartnerinnen die körperliche Belastung. Durch die Immobilität der BewohnerInnen müssen die Pflegekräfte die komplette Mobilität übernehmen. Trotz Kinästhetik ist das gerade für Frauen eine körperliche Herausforderung. Die weiblichen Gesprächspartnerinnen zeigten auch mehr Mit-

gefühl für die Angehörigen von Menschen im Wachkoma. Sie können sich gut in deren Situation hineinversetzen. Dabei ist jedoch zu erwähnen, dass zwei männliche Interviewpartner das Thema Angehörige gar nicht erwähnten.

Steinbach und Donis (2004) beschreiben Anforderungen an die Pflegepersonen die nötig sind, um eine bestmögliche Qualität der Pflege durchführen zu können (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 34). Alle von ihnen genannten Voraussetzungen wurden in den Interviews bestätigt. Es zeigt wie viel von den Pflegekräften verlangt und erwartet wird. Durch die Gespräche wurde erst der Umfang, der eigentlich wenig erscheinenden Punkte (vier Voraussetzungen), sichtbar. Die erste Voraussetzung "Kenntnisse der neurologischen Grund- und Behandlungspflege" erscheint sehr wichtig. Diplomierte Pflegekräfte sowie Pflegehilfskräfte erhalten in ihrer Ausbildung nur in Ausschnitten Kenntnisse über die neurologische Pflege. Im Detail müssen sie sich ihr Wissen im Laufe der praktischen Tätigkeit aneignen. Gerade deshalb ist der berufliche Anfang auf einer Wachkomastation schwierig und somit fällt die Arbeit und der Umgang mit den zu betreuenden Menschen erst mit der Zeit leichter. Auch die speziellen Pflegekonzepte müssen erst genauer erlernt werden. Um den Berufseinstieg auf einer speziellen Wachkomastation zu erleichtern, sollte eine gewisse Einarbeitungszeit zur Verfügung stehen. Nach Möglichkeit sollten neue MitarbeiterInnen zusätzlich zum Stammpersonal geführt werden. Sicher ist das oft ein finanzielles und zeitliches Problem. In den Interviews wurde auch der sehr schlechte Allgemeinzustand der Menschen im Wachkoma beschrieben. Auch der erfordert zusätzliche fachliche Kompetenzen der Pflegekräfte. Die BewohnerInnen sind zwar nicht intensivpflichtig benötigen jedoch eine sehr intensive Betreuung. Es ist daher eine Überlegung wert, wie sinnvoll eine Sonderausbildung in diesem Bereich wäre.

Eine Steigerung der Qualität in der Pflege bei WachkomapatientenInnen, kann somit deutlich durch die Anzahl der Berufsjahre erreicht werden. Es ist ein Prozess den jede Pflegeperson selber bewältigen muss. Durch Unterstützung und gute Anleitung von erfahrenen KollegenInnen, fällt dieser Weg sicher leichter.

Durch die Interviews wurde auch das bereits beschriebene Qualitätskriterium von Bienstein und Hannich (2007) "Gleichberechtigung" sehr deutlich (vgl. Bienstein/Hannich 2007, S. 20f). Den Pflegekräften ist eine gewisse Anerkennung ihrer Arbeit und vor allem ihres Stellenwertes bei der Arbeit mit Menschen im Wachkoma besonders wichtig. Sie sind die Personen mit dem meisten und häufig intensivsten Kontakt zu den Betreuenden. Trotzdem müssen sie ihren Verantwortungsbereich oft mit den Angehörigen teilen. Alle medizinischen Entscheidungen treffen ÄrztInnen und die Pflegepersonen müssen ihre Handlungen danach richten. Im Gesundheitsbereich ist es oft schwierig den Abstand zu einem gewissen Hierarchiedenken zu bekommen. Das Gefühl, dass jeder/jede MitarbeiterIn im gesamten Betreuungsteam gleichberechtigt ist, muss von der Führungsebene einer Wachkomastation gefördert werden. Dadurch kann auch eine gute Kooperation aller Beteiligten untereinander und miteinander besser gewährleistet werden.

Zu diskutieren ist auch das Problem mit der Zeit. In der Darstellung der Ergebnisse wurden unter diesem Punkt bereits mögliche Auslöser des Zeitmangels erwähnt. Die Pflege von Menschen im Wachkoma benötigt sehr viel Zeit. Die Pflegekräfte wissen das und empfinden es somit auch als belastend wenn sie einen/eine BewohnerIn nicht ausreichend lange betreuen können. Ein Hauptgrund dieses Problems ist sicher der oft vorkommende Personalmangel. Laut Stepan et al (2004) sind jährlich durchschnittlich 22 neu diagnostizierte Fälle eines Apallischen Syndroms (vgl. Stepan et al 2004, S. 462). In den Interviews wird die zunehmende Arbeitsbelastung durch den schlechter werdenden Gesundheitszustand der BewohnerInnen erwähnt. Eine Bedarfsanalyse des Wiener Krankenanstaltenverbundes zeigt den Pflegepersonal-Patienten-Schlüssel einer Wachkomastation im Langzeitbereich von 1:1 (vgl. Steinbach/Donis 2004, S. 33). Aber steigt auch die Anzahl des zur Verfügung stehenden Pflegepersonals und ist dies ausreichend? Die Vermutung liegt eher, dass zu wenig Personal zur Verfügung steht. Die Arbeit wird ständig mehr, aber die Bedingungen ändern sich nicht. Diese Anforderungen werden auch in Zukunft so bleiben. Man muss aber das Beste aus jeder Situation machen.

Dazu ist ein wichtiger Schritt, dass ein Bewusstsein der möglichen Belastungen auch in den Führungsebenen geschaffen wird. Hauptsächlich liegt die Lösung oder Verbesserung dieses Problems aber auf politischer Ebene. Das Geld und somit auch das Personal im Gesundheitsbereich wird eingespart. Die PatientenInnen bekommen das leider oft zu spüren.

Der geschilderte Zeitdruck wurde in den Interviews eindeutig als Belastung beschrieben. Die Unterscheidung zwischen Anforderung, Belastung und Stress kam nicht bei allen Ergebnissen so gut zur Geltung. Der Übergang, wann die Anforderungen als Belastung empfunden werden, wurde nur teilweise deutlich. Oft handelt es sich um eine Überschneidung oder die Ansicht der GesprächspartnerInnen ist unterschiedlich. Die Anforderungen oder die Voraussetzungen die Pflegekräfte durch die Betreuung von Menschen im Wachkoma haben müssen, wurden in den Interviews auch als solche beschrieben. Es handelt sich dabei um die Besonderheiten die sich durch die Erkrankung ergeben. Beispiele dazu sind die spezielle Kommunikation sowie die Zusammenarbeit mit den Angehörigen. Die GesprächspartnerInnen nannten diese zwei Punkte als fordernd. Die Kommunikation wird allerdings am Beginn der Arbeit mit Menschen im Wachkoma direkt als belastend beschrieben. Wie im theoretischen Teil definiert sich Stress dabei als Auslöser für die Belastung. Neue MitarbeiterInnen werden noch mehr gefordert. Es mangelt ihnen noch an Routine und deshalb benötigen sie für manches mehr Zeit. Dadurch haben sie wieder mehr Stress und die Arbeit wird zur Belastung. Auch die Angehörigen werden wenn sie viel Zeit und Energie fordern als stressig empfunden. Oft sagt man in Alltagsgesprächen, die KollegenInnen haben Stress untereinander. Auch dies zeigt sich in den Interviews wieder. Probleme im Stationsteam werden als belastend empfunden.

Ähnlich wie der Zeitdruck wird auch die körperliche Belastung deutlich als solche definiert. Bei der Übernahme sämtlicher Bewegungen der WachkomapatientenInnen werden die Pflegekräfte körperlich stark gefordert. Die Folgen sind oft gesundheitliche Beeinträchtigungen die somit zu erheblichen Belastungen führen.

10. Schlussfolgerung

Die Darstellung der Ergebnisse ermöglicht eine gute Vorstellung davon, was die Pflegepersonen bei der Betreuung von Menschen im Wachkoma empfinden. Es zeigt ein klares Bild, welche Leistungen hier von Personen vollbracht werden. Hierbei sollte erwähnt werden, dass auch viele sehr positive Empfindungen in den Interviews beschrieben wurden. Die GesprächspartnerInnen strahlten viel Selbstbewusstsein und Freude in ihrer durchzuführenden Tätigkeit aus.

Als Schlussfolgerung der vorliegenden Diplomarbeit ist in erster Linie, die Feststellung, dass es den Pflegepersonen gut gehen muss. Nur dann kann es auch den zu betreuenden Menschen im Wachkoma gut gehen. Noch einmal wird daher auf den Punkt - Spiegelung der eigenen Gefühle - hingewiesen. Wenn es der Betreuungskraft nicht gut geht, wenn sie sich in Stress befindet, unsicher ist oder das Gefühl von Angst verspürt, überträgt sich all dies auf den/die PatientenIn. In der Pflege geschieht so viel über die Gefühlsebene, sodass das Wohlbefinden der Betreuungskräfte ausschlaggebend für das Befinden der zu Betreuenden ist. Nur wer gesund ist, kann auch gesund pflegen.

Durch das Aufzeigen der Belastungen und auch der Schwierigkeiten und Probleme, erhalten alle Interessierten Informationen über das mögliche Befinden von Pflegekräften die mit WachkomapatientenInnen arbeiten. Das ist nicht nur für die Führungsebene wichtig, sondern vor allem auch für KollegenInnen. Eine Hemmschwelle kann dadurch überwunden werden. Es zeigt, auch andere empfinden manches als belastend. Die zu betreuenden Personen bleiben auch in Zukunft eine sehr aufwendige PatientenInnengruppe und benötigen deshalb weiterhin eine intensive Behandlung. Daher lassen sich einige der aufkommenden Belastungen nicht verhindern. Sie können lediglich reduziert werden. In der vorliegenden Arbeit werden dazu schon einige Strategien aufgezeigt. Es sind Möglichkeiten und gleichzeitig Ideen, für Betroffene in der gleichen Situation, die entlastend wirken können.

Die Arbeit liefert einen ersten kleinen Schritt zur Unterstützung des Pflegepersonals. In Form von weiteren Forschungen sollte noch mehr auf entlastende Strategien eingegangen werden. Auch im wirtschaftlichen Sinn wäre das von großem Interesse. Wenn MitarbeiterInnen gesundheitlich (physisch und psychisch) stabil sind, kommt es zu weniger Krankenständen und es kommt nicht so häufig zu einem Personalwechsel.

Die Anzahl der Kurzfragebögen dieser Arbeit waren für ein aussagekräftiges Ergebnis zu gering. Im Idealfall sollte der Fragebogen an alle in Österreich beschäftigten Pflegepersonen bei WachkomapatientenInnen in einer Langzeitbetreuung ausgehändigt werden. Noch bessere wäre ein neues ausführlicheres Erhebungsinstrument zu entwickeln. Die Ergebnisse dieser Arbeit können dafür unterstützend sein, um Kategorien für einen Fragebogen zu erstellen. Durch die Interviews ergaben sich weitere sehr interessante Fragen: Sind Unterschiede zwischen den Berufsgruppen (Diplomiertes Pflegepersonal vs. Pflegehilfskräfte) zu erkennen und wie viel Einfluss hat die Berufserfahrung auf das Empfinden der Belastungen?

Um diese beantworten zu können sollten weitere pflegewissenschaftliche Studien durchgeführt werden. Sie können außerdem den Ansatz dieser Diplomarbeit aufgreifen und an die durchgeführten Interviews anschließen, um die subjektiv empfundenen Belastungen und deren Symptome noch näher zu untersuchen.

Mit der Beantwortung dieser offen gebliebenen Fragen, könnte das Bild über die professionellen Betreuungskräfte bei Menschen im Wachkoma in der Langzeitbetreuung vervollständigt werden.

Zum Abschluss dieser Diplomarbeit soll noch einmal auf die Wichtigkeit des Wohlbefindens der Pflegepersonen hingewiesen werden. Nur wer selber gesund ist, wem es psychisch sowie physisch gut geht, der kann für andere da sein.

11. Literaturverzeichnis

Abazzia, Christine/Adamo, Frances/Gill ,Brittney/Morrison, Rebecca/Volpe, Krist/Prata, Janice (2010):In the Name of Good Intentions: Nurses`Perspectives on Caring for a Pregnant Patient in a Persistent Vegetative State, in: Critical Care Nurse 30 (1), S. 40-46.

Bienstein, Christel (2007): Menschen im Wachkoma, in: Nydahl Peter (Hrsg.), Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma. 2. Auflage. München: Urban&Fischer, S. 18-26.

Böttger-Kessler, Grit/Beine, Karl H. (2007): Aktive Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma? Ergebnisse einer Einstellungsuntersuchung bei Ärzten und Pflegenden, in: Der Nervenarzt, (7), S. 802-808.

Budnik, Birgitt/Lay, Reinhard (2005): Pflegeplanung leicht gemacht: für die Gesundheits- und Krankenpflege. 5. Auflage. München: Urban&Fischer.

Chiambretto, Paola/Ferrario, Silvia/Zotti, Anna Maria (2001): Patients in a persistent vegetative state: caregiver attitudes and reactions, in: Acta Neurologica Scandinavica,(5), S. 364-368.

Diekmann, Andreas (2007): Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Domnowski, Manfred (2005): Burnout und Stress in Pflegeberufen. Mit Mental-Training erfolgreich aus der Krise. 2. Auflage. Hannover: Brigitte Kunz Verlag.

Engel, Kathrin (2008): Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen: Die Anwendung des Resident Assessment Instruments RAI 2,0 als Qualitätsinstrument. Stuttgart: Kohlhammer.

Fisch, Sabine (2009): Apallisches Syndrom. Schwerst behindert, aber nicht unempfindlich, in: Österreichische Ärztezeitung,(7), S. 40-44.

Flick, Uwe/ Kardorff von Ernst/ Steinke, Ines (2007): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 5. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Gerstenbrand, Franz (1967): Das traumatische apallische Syndrom. Klinik, Morphologie, Pathophysiologie und Behandlung. Wien - New York: Springer-Verlag.

Graumann, Sigrid/Grüber, Katrin (2007): Grenzen des Lebens. Münster: Lit.-Verlag.

Hartung, Joachim/Elpelt, Bärbel/Klösener, Karl-Heinz (2002): Statistik. Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik. Mit zahlreichen, vollständig durchgerechneten Beispielen. 13. Auflage. München: Oldenbourg.

Höfling, Wolfram (Hg.) (2007): Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte. 2. Auflage. Berlin: Lit.-Verlag.

Horn, Annett (2007): Angehörigenarbeit, in: Nydahl Peter (Hrsg.), Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma. 2. Auflage. München: Urban&Fischer, S. 26-28.

Horn, Annett (2008): Pflegende Angehörige wachkomatöser Menschen. Bern: Verlag Hans Huber.

Jenull, Brigitte/Brunner, Eva/Mayr, Michaela (2008): Burnout und Coping in der stationären Altenpflege. Ein regionaler Vergleich an examinieren Pflegekräften, in: Pflege,(21), S. 16-24.

Kölbl-Catic, Elvira (2007): Recht auf ein würdevolles Leben: Wachkoma und Lebensqualität: Pflege- und Behandlungskonzepte auf der Station St. Jakob im Institut Haus der Barmherzigkeit, in: Pro Care,(11), S. 6-9.

Körtner, Ulrich H.J. (2004): Grundkurs Pflegeethik. Wien: Facultas.

Körtner, Ulrich H.J. (2008): "Lasst mich bloß nicht in Ruhe - oder doch?" Was es bedeutet, Menschen im Wachkoma als Subjekte ernst zu nehmen, in: Wiener Medizinische Wochenschrift,(13-13), S. 396-401.

Lamnek, Siegfried (2005): Qualitative Sozialforschung: Lehrbuch. 4. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.

Lavrijsen, Jan/Van Den Bosch, Hans/Vegter, Joost (2007): Bone fractures in the long-term care of a patient in a vegetative state: A risk to conflicts, in: Brain Injury, 21 (9), S. 993-996.

Mayer, Hanna (2002): Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas.

Mayring, Philipp (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung: Eine Anleitung zu qualitativen denken. 5. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.

Mayring, Philipp (2008): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz.

Nacimiento, Wilhelm (2007): Apallisches Syndrom, Wachkoma, persistent vegetative state: Wovon redet und was weiß die Medizin? in: Höfling Wolfram (Hg.), Das sog. Wachkoma. Rechtliche, medizinische und ethische Aspekte. 2. Auflage. Berlin: Lit.-Verlag, S. 29-48.

Nydahl, Peter (Hrsg.) (2007): Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma. 2. Auflage. München: Urban&Fischer.

Phillips, Anna C./Gallagher, Stephen/Hunt, Kate/Der, Geoff/Carroll, Douglas (2009): Symptoms of depression in non-routine caregivers: The

role of caregiver strain and burden, in: British Journal of Clinical Psychology, (48), S. 335-346.

Pletner, Christel (2001): Ethische Aspekte in der Pflege von Wachkoma-Patienten. Hannover: Pflege Kolleg.

Pschyrembel (2002): Medizinisches Wörterbuch. 259. Auflage. Hamburg: Nikol.

Rohmert, Walter/Rutenfranz, Joseph (1975): Arbeitswissenschaftliche Beurteilung der Belastung und Beanspruchung an unterschiedlichen industriellen Arbeitsplätzen. Forschungsbericht. Bonn: Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung.

Schmidt, Brinja (2004): Burnout in der Pflege. Risikofaktoren - Hintergründe - Selbsteinschätzung. Stuttgart: Kohlhammer.

Schnell, Martin W./Heinritz Charlotte (2006): Forschungsethik. Ein Grundlagen- und Arbeitsbuch für die gesundheits- und Pflegewissenschaft. Bern: Huber.

Steinbach, Anita/Donis, Johann (2004): Langzeitbetreuung Wachkoma. Eine herausforderung für Betreuende und Angehörige. Wien: Springer.

Steinke, Ines (2007): Gütekriterien qualitativer Forschung, in: Flick, Uwe/ Kardorff von Ernst/ Steinke, Ines: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. 5. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt, S. 319-331.

Stepan, Christoph/Haidinger, Gerald/Binder, Heinrich (2004): Prevalence of persistent vegetative state/apallic syndrome in Vienna, in: European Journal of Neurology, (11), S. 461-466.

Tausch, Reinhard (2006): Hilfen bei Stress und Belastung. Was wir für unsere Gesundheit tun können. 14. Auflage. Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt.

Thümler, Reiner (1994): Schädel-Hirn-Trauma und apallisches Syndrom. Information und Ratschläge. München: Piper München Chapman & Hall Weinheim.

Tolle, Patrizia (2000): Die rehabilitative Pflege von Erwachsenen mit einem apallischen Durchgangssyndrom - eine neue Anforderung an die Pflege?, in: Pflege,(13), S. 367-371.

Uhl, Achim (2008): Qualitätsentwicklung sozialer und gesundheitlicher Dienste für Menschen mit Pflege- und Betreuungsbedarf: Delphikonsensusprozess zur Entwicklung eines Qualitätsprofils der ambulanten pflegerischen Versorgung. Münster: Lit.-Verlag

Ulich, Eberhard/Wülser, Marc (2009): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. 3. Auflage. Wiesbaden: Gabler.

Wendt, Natascha/Ensle, Michael (2008): Stress- und Burn-out-Prävention. Handbuch für Führungskräfte, Betriebsräte und Arbeitsmediziner. Wien: ÖGB Verlag.

Wohlfender, Doris (2000): Langfristige Berufszufriedenheit in der direkten Pflege, in: Pflege,(13), S. 389-395.

Zieger, Andreas (2007a): Menschen im Wachkoma - Mythos und Lebenswirklichkeit, in: Graumann Sigrid, Grüber Katrin, Grenzen des Lebens. Münster: Lit.-Verlag, S. 105-120.

Zieger, Andreas (2007b): Wachkoma - eine medizinische Einführung, in: Nydahl Peter (Hrsg.), Wachkoma. Betreuung, Pflege und Förderung eines Menschen im Wachkoma. 2. Auflage. München: Urban&Fischer, S. 4-17.

Zimber, Andreas/Albrecht, Anja/Weyerer, Siegfried/Cohen-Mansfield, Jiska (1999): Forschungskonzepte zu Arbeitsbelastung, Beanspruchung, Streß und ihren Folgen, in: Zimber, Andreas/Weyerer, Siegfried (Hrsg.), Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, S. 97-112.

Zimber, Andreas/Weyerer Siegfried (Hrsg.) (1999): Arbeitsbelastung in der Altenpflege. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

Internetquellen:

Zieger, Andreas (1998): Grenzbereiche der Wahrnehmung. Über die ungewöhnliche Lebensform von Menschen im Koma und Wachkoma, in: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft (6).
<http://bidok.uibk.ac.at/library/beh6-98-grenze.html> (22.4.2010)

Zieger, Andreas (2001): "Der Wachkoma-Patient als Mitbürger" Lebensrecht und Lebensschutz von Menschen im Wachkoma und ihren Angehörigen in der Solidargemeinschaft
<http://bidok.uibk.ac.at/library/zieger-mitbuerger.html> (22.4.2010)

Zieger, Andreas (2002): Ethische Grenzfragen in der Langzeitbetreuung von Menschen im Wachkoma und ihren Angehörigen.
<http://www.a-zieger.de/Dateien/Wachkoma/Grenzfragen.pdf> (22.4.2010)

BAR Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2003): Empfehlungen zur stationären Langzeitpflege und Behandlung von Menschen mit schweren und schwersten Schädigungen des Nervensystems in der Phase F. Frankfurt am Main.

http://www.bar-frankfurt.de/upload/Rahmenempfehlung_stationäre_Langzeitpflege_151.pdf (23.4.2010)

ÖGKV Österreichischer Gesundheits- und Krankenpflegeverband

<http://www.oegkv.at/index.php?id=837> (6.5.2010)

ÖGNER Österreichische Gesellschaft für Neurorehabilitaion

<http://www.neuroreha.at/Phasenmodell.html> (23.4.2010)

R Development Core Team: R. A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing: Vienna, Austria 2010 <http://www.R-project.org/>. (16.12.2010)

12. Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Phasen und Kriterien für Remission	Seite 15
Tabelle 2: Phasenmodell neurologischer Krankheitsprozesse	Seite 20
Tabelle 3: Beobachtbare Reaktionen	Seite 32
Tabelle 4: Durchgeführte Interviews	Seite 59
Tabelle 5: Ergebnisse Teil 1	Seite 61
Tabelle 6: Ergebnisse Teil 2	Seite 84
Abbildung 1: Betreuungsteam	Seite 25
Abbildung 2: Häufigkeit der Belastungen	Seite 93
Abbildung 3: Der Weg von der Entstehung der Belastung bis zur Entlastung	Seite 95

13. Anhang

Abstrakt

Die stationäre Langzeitbetreuung von Menschen im Wachkoma stellt das Pflegepersonal vor besondere Herausforderungen. Die subjektiv empfundenen Belastungen der Pflegekräfte, eventuell entstehende Probleme und Schwierigkeit sowie entlastende Strategien werden detailliert untersucht. Die gewonnenen Erkenntnisse tragen zu einem besseren Verständnis für die Situation der Pflegekräfte bei. Die Qualität der Pflege wird dadurch gesteigert, was wiederum die Lebensqualität der WachkomapatientenInnen beeinflusst. Zur Beantwortung der Forschungsfragen wurden sechs qualitative problemzentrierte Interviews mit Pflegepersonen, die auf einer Station für Menschen im Wachkoma tätig sind, durchgeführt. Die Datenauswertung erfolgte in Anlehnung an das Ablaufmodell einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring. Zusätzlich zu den Interviews wurde eine kurze standardisierte Befragung durchgeführt.

Die beschriebenen Belastungen entstehen durch die Anforderungen an die Pflegepersonen. WachkomapatientenInnen benötigen eine spezielle Behandlung, die viel von den Betreuungskräften verlangt. Zu unterscheiden sind physische und psychische Belastungen. Durch die Immobilität der Menschen im Wachkoma ist die Betreuung für die Pflegekräfte eine körperliche Herausforderung. Trotz der Durchführung von Pflegekonzepten wie der Kinästhetik, kommt es häufig durch die schwere Arbeit zu gesundheitlichen Problemen. Die psychischen Belastungen führen zu schwierigen Situationen, die neue Probleme verursachen. Der Umgang mit den Anforderungen ist ganz unterschiedlich. Die Pflegekräfte sind genauso unterschiedlich wie die zu pflegenden Personen. Verschiedene Bewältigungsstrategien können zu Verbesserungen im Pflegealltag beitragen.

Abstract

Long-term residential care for people in a persistent vegetative state pose a special challenge to the nursing staff. The perceived burden of carers, any potential problems and difficulties as well as relieving strategies are examined in detail. The findings contribute to a better understanding of the situation of nurses. As a consequence the quality of care is increased, which in turn affects the quality of life for these patients. To answer the research questions six qualitative problem-centered interviews with nurses who work on a station for people in a vegetative state have been carried out. The data analysis was carried out following the expiration of a model summarizing content analysis according to Mayring. In addition to the interviews, a short standardized questionnaire was conducted.

The adverse effects described result from the demands on the caregivers. Vegetative patient need special treatment that requires much from the care workers. A distinction between physical and mental stress must be made. Due to the immobility of the people in a vegetative state the support for the nurses is a physical challenge. Despite the implementation of management concepts such as the kinesthetic, the hard work often leads to health problems. The psychological stress leads to difficult situations that cause new problems. Dealing with the requirements is varied. Nurses are just as varied as the person to be maintained. Different coping strategies can contribute to improvements in everyday care.

LEBENS LAUF

Persönliche Daten:

Petra Sagmüller

geboren am 13.09.1980 in Linz

Adresse: Linzer Strasse 2/7, 4212 Neumarkt

petra.sagmueller@gmx.at

Lebensgemeinschaft mit Simon Klambauer

Sohn Paul, geboren im Oktober 2009

Ausbildung:

1987 – 1991	Volksschule in St. Martin/Traun
1991 – 1995	Hauptschule in Linz (Kreuzschwestern)
1995 – 1998	Fachschule für wirtschaftliche Berufe in Linz/Oed
1998 – 2001	Schule für Gesundheits- und Krankenpflege im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz
Sept. 2001	Diplomprüfung(mit ausgezeichnetem Erfolg be- standen)
seit Okt. 2006	Studium für Pflegewissenschaften an der Universi- tät Wien

Berufliche Erfahrung:

2001 – 2004	DGKS auf der Allgemeinchirurgie im Allgemeinen Krankenhaus der Stadt Linz
2004 - 2009	DGKS auf der Allgemeinchirurgie im Kaiserin Elisa- beth Spital in Wien
seit Okt. 2009	Karenz

Besondere Kenntnisse:

- Body Talk Access
- Anleitung neuer MitarbeiterInnen und SchülerInnen
- Wissenschaftliches Arbeiten
- Sprachkenntnisse: Schulenglisch

Sehr geehrte
Damen und
Herren!

Im Rahmen
meiner Dip-
lomararbeit be-
schäftige ich
mich mit dem
Thema der sub-
jektiven Belas-
tung von Pfl-
gepersonen bei
der Betreuung
von Menschen
im Wachkoma.
Um einen bes-
seren Eindruck
zu bekommen
welche Belas-
tungen dabei
am häufigsten
auftreten, wür-
de ich Sie bit-
ten mich, durch
die Beantwor-
tung der Fra-
gen, zu unter-
stützen.

Ihre Daten
werden vertrau-
lich behandelt
und ausschließ-
lich von mir für
meine Arbeit
verwendet. An-
schließend
werden die
Fragebögen
vernichtet.

Herzlichen
Dank für ihre
Mithilfe!
Petra Sagmüller

Kurzfragebogen

*zur Belastung von Pflegepersonen bei der Betreuung von
Menschen im Wachkoma*

**Was empfinden Sie bei der Arbeit mit Menschen im
Wachkoma am belastendsten?**

Wie stark empfinden Sie diese Belastung?

sehr belastend

eher belastend

eher nicht belastend

nicht belastend

Fragen zur Person:

Geschlecht

Alter

weiblich
männlich

20-30 Jahre
30-40 Jahre
40-50 Jahre
älter als 50 Jahre

Berufsbezeichnung

Diplomierte Gesundheits-und Kranken Pfleger/In
Pflegehelfer/In

**Seit wie vielen Jahren betreuen Sie Menschen im Wach-
koma?**

weniger als 2 Jahre
2-5 Jahre
5-10 Jahre
10-15 Jahre
15-20 Jahre
20-25 Jahre
länger als 25 Jahre

Einwilligungserklärung

Im Zuge meiner Diplomarbeit für das Studium Pflegewissenschaft, beschäftige ich mich mit dem Thema der subjektiven Belastung von Pflegepersonen bei der Betreuung von Menschen im Wachkoma in der stationären Langzeitbetreuung.

Mein Ziel ist es, ein besseres Verständnis für die Situation der Pflegekräfte zu erlangen, um deren Zufriedenheit und somit die Qualität der Pflege zu stärken. Dies kann sich positiv auf die Lebensqualität der PatientenInnen auswirken. Außerdem können bereits entstandene Belastungsfaktoren reduziert werden.

Um mein Ziel zu erreichen führe ich problemzentrierte Interviews mit erfahrenen Pflegepersonen in der Betreuung von WachkomapatientenInnen durch.

Zur Erleichterung der Datenauswertung möchte ich Sie darauf hinweisen, dass ich das Gespräch auf ein Diktiergerät aufnehme und anschließend transkribiere.

Ich garantiere dafür, dass die Daten vertraulich behandelt und ausschließlich für die Diplomarbeit verwendet werden.

Sie haben jederzeit das Recht das Interview ohne Angabe von Gründen zu beenden.

Hiermit bestätige ich die oben genannten Punkte gelesen zu haben. Ich akzeptiere die Verwendung meiner Daten sowie die Aufnahme des Gespräches mittels Diktiergerät.

Datum

Unterschrift